FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY
1919-1920 2e Série. N° 117

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
TUBERCULOSE ATTÉNUÉE
DE LA GLANDE LACRYMALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 18 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Marie-Amand MAIRET

Né le 27 Décembre 1888, à Saint-Ouen-les-Parey (Vosges).

Examinateurs de la Thèse :

MM. ROHMER, professeur ..... *Président.*
FRŒLICH, professeur .....
MICHEL, agrégé ..... *Juges.*
BINET, agrégé .....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1920

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY
1919-1920 2e Série. No 117

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE ATTÉNUÉE
DE LA GLANDE LACRYMALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 18 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Marie-Amand MAIRET

Né le 27 Décembre 1888, à Saint-Ouen-les-Parey (Vosges).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM. Rohmer, professeur ..... *Président.*
Frœlich, professeur .....
Michel, agrégé ..... *Juges.*
Binet, agrégé .....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE
—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. Meyer, ✲, I ✪.
Assesseur : M. Weiss, O ✲, I ✪.
Doyen honnoraire : M. F. Gross, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. Beaunis, O ✲, I ✪ ; Nicolas, I ✪ ; Prenant, ✲, I ✪ ; F. Gross, O ✲, I ✪ ; Chrétien, I ✪ ; Herrgott, ✲, I ✪.

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. Weiss, ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I ✪.
Hygiène	M. Macé, I ✪.
Physiologie	M. E. Meyer, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. Simon, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. Rohmer, I ✪.
Médecine légale	M. P. Parisot, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	M. Hoche, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. Etienne, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. Vautrin, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. Spillmann, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. Frœlich, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. Lambert, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. Fruhinsholz, ✲, I ✪.
Histologie	M. Collin, I ✪.
Anatomie descriptive	M. Lucien, ✲, I ✪.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. André, ✲, I ✪.

Chargés de cours complémentaires

Médecine opératoire	M. Michel, I ✪, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. Michel, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. Richon, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. Richon, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. N...
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. Perrin, I ✪, agrégé.
Theurapeutique	M. Perrin, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. Parisot, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. Parisot, ✲, I ✪, agrégé
Pathologie externe	M. Binet, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

M. Michel, I ✪.
M. Richon, ✲, I ✪.
M. G. Gross, ✲, I ✪.
M. Robert, I ✪.
M. Busquet, I ✪.
M. Binet, I ✪.
M. Perrin, I ✪.
M. Thiry, ✲, I ✪.
M. Fairise, A ✪.
M. J. Parisot, ✲, I ✪.

Agrégés libres

MM. Remy, A ✪, Février, G O ✲, I ✪.

M. H. Coiffard, I ✪, Secrétaire.
M. Lambert des Cilleuls, ✲ 🏵, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR ROHMER

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Nancy.

Dont nous désirons rester l'humble élève.

C'est avec un sentiment de profond respect que nous remercions ce Maître éminent, pour la bienveillance et la sympathie avec lesquelles il nous a toujours accueilli dans son service. Ses belles leçons cliniques nous seront un guide précieux et sûr pour l'avenir, au cours de notre carrière. Nous prions M. le Professeur Rohmer de croire à notre profonde gratitude et d'accueillir nos humbles et bien sincères remerciements, faible témoignage de notre inaltérable reconnaissance et de notre affectueux souvenir.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRŒLICH

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. MICHEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Nancy.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVIEUX

Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Humble témoignage de ma profonde gratitude.

AVANT-PROPOS

Après 7 années consécutives d'interruption, dues à notre service militaire et à la Grande Guerre, pendant laquelle nous fûmes mobilisé au 146e Régiment d'Infanterie, 2e bataillon, pendant toute sa durée, nous avons essayé, tâche difficile, de reprendre le courant de nos études, de revoir et réapprendre tout ce que nous avions oublié.

Malgré toutes les difficultés du début, notre travail a été facilité grâce au dévouement de tous nos Professeurs, qui comprenant notre situation, à notre retour des Armées, s'efforcèrent avec un zèle admirable à nous remettre au courant en peu de temps, grâce à leurs belles, intéressantes et si complètes leçons cliniques. Nous les en remercions de tout notre cœur.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux que l'usage nous permette de remercier tous ceux qui durant notre séjour à la Faculté furent nos Maîtres dévoués.

Nous avons été très touché et très sensible à l'honneur que nous à fait Monsieur le Professeur Rohmer en acceptant la Présidence de notre Thèse.

Grâce à sa bonté, à sa bienveillance, à l'accueil qu'il nous réserva à sa clinique au mois de janvier 1919, nous reprîmes contact avec cette belle et si intéressante branche de la Science Médicale et Chirurgicale qu'est l'Ophtalmologie, et, qui nous permit de préparer le Clinicat au mois de juin. Nous l'en remercions profondément et nous le prions d'accepter toute notre sincère et entière reconnaissance.

Nous garderons toujours un profond sentiment de reconnaissance et d'admiration à nos excellents Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy et particulièrement Messieurs les Professeurs : Gross, Weiss, au toujours regretté Professeur P. Spillmann, Hergott, Simon, Haushalter, Vautrin, Frœlich, Ancel, Bouin, Sencert, Frühinsholz, Collin, L. Spillmann, Richon, G. Michel, Binet, Perrin, G. Gross, dont nous avons toujours suivi avec intérêt les savantes leçons cliniques, les cours magistraux et le précieux enseignement.

De passage pendant la guerre à l'Hôpital C. A. N° 59, à Bar-le-Duc, nous fîmes la connaissance du Docteur Beauvieux, Ex-Chef de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, qui nous accueillit dans son service et nous fit l'agréable

surprise de nous donner ce travail ; grâce à ses conseils éclairés, au malade qu'il nous confia, à toutes les facilités qu'il nous accorda pour les recherches de laboratoire, nous élaborâmes cette thèse.

Au Docteur Beauvieux vont nos meilleurs remerciements, notre reconnaissance, et le témoignage de notre profonde gratitude avec notre amical et meilleur souvenir.

INTRODUCTION

DÉFINITION ET HISTORIQUE

La tuberculose de la glande lacrymale est une affection très rare qui peut revêtir deux formes cliniques : « *La forme caséeuse et la forme scléreuse* ».

Sans que l'on puisse savoir pour quelles causes il en est ainsi, la seconde englobe la plupart des observations qui ont été publiées (une trentaine environ).

Il semble, ou que la virulence de bacille de Koch soit fortement amoindrie, ou que la glande lacrymale possède une puissance de résistance telle que sa réaction permet d'enrayer presque constamment le processus inflammatoire. De là, le nom justifié de « *Tuberculose atténuée* » que Van Duyse lui a décerné en 1896 et que nous avons à notre tour choisi comme titre à notre travail.

C'est, en effet, après avoir eu l'occasion d'étudier un cas de ce genre dans le Service du Médecin aide-major Beauvieux (H. C. A. N° 59), que l'idée nous est venue de rechercher dans la science les exemples semblables au nôtre, de rassembler les publications éparses concernant cette localisation de la tubercu-

lose, si spéciale dans son évolution, de façon à donner, autant que nos modestes moyens nous le permettent, une étude d'ensemble aussi complète que possible.

Nous réclamons cependant l'indulgence du lecteur pour notre modeste travail, que nous nous sommes efforcés de rédiger dans un style très clair et des plus simples.

Nous ferons humblement remarquer que des circonstances personnelles et des raisons majeures, indépendantes de notre volonté nous ont empêché de publier beaucoup plus tôt cet ouvrage.

Nous diviserons notre travail en VI paragraphes que nous ferons précéder d'une historique rappelant les auteurs, qui ont successivement appelé l'attention sur les cas de bacillose de la glande lacrymale.

Le premier paragraphe sera consacré à l'Etiologie et à la Pathogénie. Dans le deuxième, nous décrirons les divers symptômes, en nous basant sur les observations antérieures et sur notre exemple personnel ; l'évolution et le pronostic seront également étudiés dans ce paragraphe.

Nous nous étendrons assez longuement, dans le quatrième, sur la constitution histologique de cette néoplasie glandulaire.

Nous consacrerons le cinquième chapitre, à la question si délicate du diagnostic, en envisageant successivement les tumeurs de l'orbite et les tumeurs de la glande lacrymale.

Nous terminerons enfin par quelques considérations sur le traitement, tant médical que chirurgical.

Historique

Le premier travail sur les maladies inflammatoires des glandes lacrymales est dû à Todd, qui en 1824, mit en avant le rôle étiologique des affections de la conjonctive.

Schmidt, Walton, Weller, Velpeau (1840) et Mackenzie complétèrent la description, isolant une forme aiguë et une forme chronique.

Mackenzie en particulier a donné de cette dernière forme, un tableau clinique des plus précis ; il semble qu'il ait pressenti la nature tuberculeuse de cette variété de dacryo-adénite.

Il dit, en effet : « Il existe un engorgement plus décidément scrofuleux de cette glande, caractérisé par l'âge et la constitution du malade, la lenteur de sa marche quoique la glande acquière quelques fois un volume considérable, par l'absence de douleur, et par la forme extérieure plus ou moins lobulée de la tumeur.

L'affection après une certaine période, reste stationnaire pendant plusieurs mois, et même plusieurs années, tandis que dans d'autres cas, elle revêt la forme d'inflammation suppurative particulière aux glandes dites « *scrofuleuses* ». Et il ajoute qu'il est probable que cet engorgement scrofuleux de la glande lacrymale, surtout lorsqu'il existait des deux côtés, a été quelques fois confondu avec le squirrhe.

Malgré cette description caractéristique d'une lésion tuberculeuse, la période qui s'écoule de 1840

à 1881 n'apporte aucune précision. Quelques cas catalogués : « Hypertrophie chronique de la glande lacrymale » semblent cependant s'en rapprocher beaucoup et sont publiés par Halpin, Anderson (1848), Fano (1862), Warlomont (1862), Letenneur (1865).

Dans son rapport sur la clinique d'Ophtalmologie de l'Université de Vienne en 1863-1865, Becker, après avoir rapporté les exemples de Warlomont et de Fano, en cite quatre autres dus à Gluze, Lebert, Rotmund, Knapp. Il apporte lui-même une contribution sur ce qu'il appelle « l'adénoïde de la glande lacrymale » : il s'agit toujours d'une hypertrophie chronique avec prédominance de tissus fibreux.

C'est aussi la même description sans précisions anatomo-pathologiques que nous retrouvons dans de Wecker.

Il parle d'inflammation chronique de l'organe aboutissant à l'hypertrophie, mais ne prononce pas le nom de tuberculose. Comme Mackenzie il insiste sur l'évolution lente, l'absence de douleur, la dureté de la néoplasie. Il croit à sa bégninité absolue, réclamant avec Hynes et Walton, la nécessité de l'extirpation, seul traitement rationnel, la médication résolutive devant être abandonnée comme inefficace.

La première publication de tuberculose de la glande lacrymale est due à Abadie en 1881 (voir obs.), et, si l'on peut supposer que les trois cas d'hypertrophie publiés par Dehenne (1886) dans la revue Générale d'Ophtalmologie peuvent se rapprocher des lésions qui nous occupent, l'auteur ne paraît s'être attardé à ce diagnostic.

De Lapersonne (1892) (voir obs.), nous décrit très minutieusement l'examen histologique d'une dacryo-adénite qui semble calquée sur notre exemple personnel.

La glande de consistance squirrheuse, renfermait de nombreux follicules avec cellules géantes, sans bacilles. De Lapersonne pense à une tuberculose probable à cause des antécédents du malade (hémoptisies antérieures), mais souligne, la difficulté qu'il y a, à se prononcer entre la bacillose proprement dite et l'hypertrophie simple, et, seule, la constatation du microbe pathogène peut permettre de trancher le différent.

C'est ainsi que le cas de Müller (voir obs.) (1893), ne fait aucun doute, le bacille de Koch étant abondant au niveau des coupes.

Baas (1894) (voir obs.), cite l'observation d'un homme atteint de tuberculose nasale et porteur d'une tumeur dure au niveau de la glande lacrymale gauche. Cette tumeur extraite offrait toujours le même aspect anatomo-pathologique : follicules, cellules géantes, tissus fibreux dense, mais Baas note l'absence de bacilles.

Salzer (voir obs.) et Jaulin (1894), font les mêmes constatations.

Joignant à un cas personnel tous ceux parus dans la Science antérieurement Van Duyse (voir ob.) (1896), nous donne une étude très détaillée de la question et intitule son travail : « *Tuberculose atténuée des glandes lacrymales* ».

Il ne la considère pas comme primitive, mais

secondaire à un foyer organique profond : l'infection est hématogène. Il insiste sur l'évolution favorable, qui, grâce à la transformation fibreuse réactionnelle des tissus glandulaires, aboutit presque toujours à la guérison spontanée.

Lodato (1897), puis Susskind (1897) et Jessop (1900) ont confirmé les idées de l'oculiste liégeois et montré à leur tour qu'à côté de la forme caséeuse exceptionnelle, il en existait une, beaucoup plus fréquente, la forme fibreuse, à développement lent, progressif, pouvant s'éteindre sur place.

La grande difficulté qu'il y a à mettre en évidence le bacille de Koch, l'aspect un peu spécial des coupes tumorales rendant souvent le diagnostic très délicat.

Hænhle (1900) à propos d'un exemple, ajoute que trois personnalités médicales exprimèrent trois opinions différentes : l'un émit l'hypothèse d'une bacillose atténuée ; le second d'une inflammation chronique non syphilitique ; le troisième enfin d'une localisation spécifique à réaction modérée.

Panse (maison de Santé de Stuttgart, 1901) (voir obs.) a pu opérer deux cas de dacryo-adénite chronique s'accompagnant d'hypertrophie lente et progressive de l'organe. L'étude anatomo-pathologique lui apporte la preuve d'une inflammation tuberculeuse à forte réaction de tissus connectif. Cette prolifération conjonctive serait la cause pour laquelle on n'a pas jusqu'à présent observé de vraie caseification dans la tuberculose de la glande lacrymale. « Ici il se forme, dit-il, correspondant aux lobules glandulaires, des petits foyers bien encapsulés, qui

peuvent être bien plus facilement résorbés que les grands territoires tuberculeux confluents ».

Citons encore les observations isolées de Fahrenholz (1903) et de Fortunati (1904) et nous arrivons aussi au premier travail d'ensemble qui ait été publié sur le sujet et que nous devons à Plitt. Dans son mémoire publié en 1906, Plitt réunit 26 cas, soulignant ainsi l'extrême rareté de la lésion.

Les questions étiologiques, cliniques, pathogéniques sont mises au point avec clarté. Nous nous hâtons d'ajouter que cette étude nous a été d'un précieux secours pour l'élaboration de notre thèse ; c'est pourquoi nous n'insisterons pas davatange dans ce chapitre sur les idées qu'elle contient, nous réservant d'y revenir ultérieurement.

Kalt, dans l'Encyclopédie Française d'Ophtalmologie, Lagrange, dans son traité des tumeurs de l'Œil et de l'Orbite consacrent un paragraphe à la tuberculose de la glande lacrymale, rappelant, en énumérant les exemples parus, les curiosités de l'évolution de la forme chronique et de l'uniformité de la structure histologique de cette néoplasie.

Dans ces dernières années, la littérature Ophtalmologique est presque silencieuse : nous ne trouvons que deux publications, en effet, s'y rattachant, l'une de Coppez, qui conteste la nature tuberculeuse à son observation et la définit : Dacryo-adénite aiguë sclérosante. L'autre publication d'Achard et Leblanc (Société Médicale des Hôpitaux de Paris : août 1918) (voir obs.), ou est relaté le cas d'un

tuberculeux atteint secondairement d'une localisation à la glande lacrymale gauche.

Le cas est curieux par son évolution particulière, la dacryo-adénite ayant été précédé par un volumineux dacryops.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir plus loin sur le mécanisme de cette rétention lacrymale.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

D'après l'historique qui précède, nous voyons donc que la localisation du virus tuberculeux sur la glande lacrymale revêt habituellement la forme atténuée, sclérosante, et, d'une façon exceptionnelle, la forme caséeuse, véritable abcès froid.

Si l'on compulse les cas publiés jusqu'ici, on remarque que les enfants et les vieillards sont en général indemnes. C'est de 12 à 60 ans (Plitt) que l'affection s'observe de préférence, cependant chez les adolescents (Haenhle, Salzer, Baas, Van Duyse) et à l'âge adulte (Muller, Coppez). Cette fréquence au moment de la puberté et des quelques années qui suivent trouve sa cause dans ce fait que cette période de la vie est la plus favorable à l'évolution de la tuberculose en général et de ses complications organiques.

Plus curieuse à retenir et plus difficile à expliquer est l'apparition de la dacryo-adénite bacillaire chez les sujets de 40 à 50 ans, indemnes jusqu'alors de

toute tare, et jouissant, en apparence du moins, d'une santé parfaite.

Hommes et femmes paient le même tribut. Dans les cas ou le sexe était mentionné, nous avons trouvé 13 hommes et 12 femmes.

Unilatérale la plupart du temps (22 cas) elle siège dans un tiers des cas au niveau des deux glandes lacrymales. Celles-ci sont intéressées au même degré, ou, au contraire, l'hypertrophie, résultant du processus inflammatoire prédomine d'un côté, sans préférence marquée.

Si l'on scrute avec soin les antécédents des malades porteurs de cette rare lésion, on est surpris souvent de les trouver négatifs. Les renseignements fournis, des plus vagues, permettent de repousser l'idée d'une hérédité quelconque, la diathèse causale mise à part, cela va de soi.

La constatation est presque toujours l'effet du hasard : rien ne fait prévoir la localisation glandulaire. Si Salzer a pu invoquer une fois, un traumatisme de la région frontale comme facteur initial, il faut bien avouer que les autrés observations sont muettes sur l'existence d'un agent provocateur. Dans notre cas personnel, frappé de l'unilatéralité de la néoplasie, nous avons interrogé notre homme d'une façon attentive et ses réponses furent catégoriques : jamais il n'avait subi de choc au niveau de l'orbite ou de la région temporale.

Pathogénie

Le sujet, atteint de dacryo-adénite tuberculeuse, est-il necessairement tuberculeux? La tuberculose glandulaire est-elle toujours secondaire? Est-il permis de concevoir une localisation primitive du bacille de Koch, sur le tissu propre de l'organe, le sujet étant de par ailleurs indemne de toute altération bacillaire?

Cette question étiologique et pathogénique à la fois, est des plus captivantes, car elle se pose dans tous les cas où l'on se trouve en face d'une manifestation circonscrite analogue : œil, ganglions, etc...

La réponse est assez aisée à notre avis, pour les quelques observations où il est fait mention d'antécédents tuberculeux certains, indéniables.

Il n'est pas douteux qu'il s'agit alors d'une infection secondaire de la glande lacrymale, les microbes pathogènes étant véhiculés par la voie sanguine et étant venus coloniser là, comme ils auraient pu le faire au niveau de tout autre organe.

C'est ainsi que dans l'exemple de Baas, il y avait coexistence d'une tuberculose nasale ; Abadie parle de tuberculose pulmonaire ; de Lapersonne, de ganglions bacillaires du cou et d'hémoptisies antérieures. Un malade de Van Duyse était atteint d'une lésion apexienne du premier degré ; celui d'Achard et de Leblanc a succombé à de grosses lésions pulmonaires, et ces auteurs font remarquer que la tuberculose s'est montré plus virulente que d'ordi-

naire, puisque les phénomènes inflammatoires ont envahi la peau de toute la paupière supérieure.

Aucun doute ne saurait subsister ici sur le point de départ de l'infection. Le tissu glandulaire est le siège d'une manifestation bacillaire résultant d'une contamination secondaire dont l'origine est nettement connue : poumons, ganglions, nez, etc..., la voie d'accès, comme le dit avec raison Van Duyse, ne peut être que le système circulatoire. Il se produit un véritable embolus microbien qui s'arrête dans les fins capillaires péri-acineux, il devient à son tour l'épine irritative qui provoque la réaction de défense des tissus avoisinants.

Achard et Leblanc admettent aussi cette hypothèse : « La question peut être discutée dans notre observation, la gêne fonctionnelle due au dacryops antérieur, ayant provoqué, à l'angle externe de l'œil, l'apport de particules bacillifères par les doigts du malade. Mais on peut remarquer que rien dans l'histoire que nous avons rapportée, ne permet de trouver une cause locale à l'obstruction des canaux excréteurs, tel qu'un traumatisme ayant provoqué la formation d'un tissu cicatriciel les englobant, comme on en trouve dans la plupart des faits de dacryops. Nous sommes amenés à considérer ce dacryops lui-même comme étant de nature tuberculeuse et comparable par exemple à l'hydronéphrose tuberculeuse ; et dans ces conditions, il va nous sembler vraisemblable d'admettre l'origine hématique de l'infection, comme on l'a fait dans la plupart des cas publiés. »

Il est cependant une série de faits, les plus nom-

breux, où le mécanisme pathogénique demeure très obscur et où le diagnostic se montre des plus délicats : ce sont ceux où l'hypertrophie sclérosante glandulaire, que le laboratoire nous apprend être souvent de nature tuberculeuse, survient chez des individus en apparence indemnes de toute tare bacillaire intercurrente et semblant jouir d'une excellente santé : hommes adultes en particulier. Les exemples de ce genre sont loin d'être l'exception. Outre notre observation personnelle, où, malgré les recherches les plus minutieuses, il nous a été impossible de mettre en évidence le moindre foyer suspect, nous pourrions citer celles de Hænhle, Panse, Coppez, etc...

Il n'en est pas moins certain, que ce foyer primitif doit exister. Il n'est pas vraisemblable d'admettre, en effet, que l'envahissement de l'organe se produit par la voie externe, conjonctivale. Van Duyse affirme avec raison que la dacryo-adénite tuberculose ne doit pas être envisagée comme primitive, en ce sens qu'elle serait pathogéniquement le seul point de l'organisme altéré. Or cette localisation pourrait avoir lieu, comme Achard et Leblanc en émirent l'hypothèse, par l'intermédiaire du sac conjonctival : le bacille de Koch, accidentellement présent au niveau de la muqueuse oculaire, remonterait le long des canaux excréteurs pour atteindre les acini eux-mêmes. Dès lors point ne serait besoin d'un terrain prédisposé ou déjà contaminé ; l'inoculation glandulaire serait directe, unique, et pourrait rester telle jusqu'à la fin de son évolution.

En réalité l'infection n'est pas d'origine exogène. L'anatomie pathologique nous apprendra dans un des chapitres suivants que, si les tubes glandulaires sont modifiés d'une façon très profonde, cette modification n'est que la conséquence des désordres périacineux, qui, *à point de départ vasculaire*, apparaissent les premiers. L'inflammation est pour ainsi dire, interstitielle, le tissu noble souffre ensuite par propagation. En un mot la colonisation bacillaire est *hématogène* comme pour les cas dans lesquels le sujet est manifestement tuberculeux.

Si elle est hématogène, elle est par cela même secondaire, c'est-à-dire qu'il existe un foyer méconnu, latent, peu virulent (ganglions médiastinaux, péri-bronchiques, par exemple) que l'examen clinique ne peut mettre en évidence, mais suffisant pour lancer quelqu'embolus microbien dans le torrent circulatoire et créer ainsi à distance un deuxième foyer apparent, qui a tous les caractères d'un foyer primitif. Il est primitif, cliniquement, soit, mais il est en réalité secondaire à une tuberculose profonde qui souvent est fort discrète. Le dacryoadénite n'échappe pas à cette règle (Plitt, Van Duyse, Achard et Leblanc) : c'est pourquoi le clinicien paraît parfois surpris de constater pareilles lésions chez des sujets en parfaite santé et chez lesquels nous le répétons encore, malgré un examen aussi attentif que possible, il ne peut déceler le moindre trouble fonctionnel susceptible de le mettre sur la voie.

Cette pathogénie spéciale donne l'explication et

la bénignité relative des symptômes ; le malade, en effet, est capable de se défendre contre cette infection bacillaire atténuée, selon l'heureuse expression de Van Duyse ; la glande a les moyens de réagir victorieusement par la production d'un tissu scléreux très dense, qui limite avec rapidité et étouffe le processus inflammatoire, rendant la caséification exceptionnelle.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

et

ÉTUDE DES SYMPTOMES

Avant d'aborder l'étude de la symptomatologie, nous croyons devoir, pour éclairer le lecteur, reproduire auparavant, résumés, les cas de tuberculose atténués de la glande lacrymale, qui nous ont paru avoir quelque intérêt. Nous ferons suivre cette énumération, de notre cas personnel réservant la partie qui concerne la structure du néoplasme au chapitre consacré à l'anatomo-pathologie.

OBSERVATION I (résumée)

(Muller, 1893)

Homme de 40 ans, d'aspect vigoureux.

Symptômes locaux. — Tumeur dure, non bosselée, située profondément au niveau de la glande lacrymale, ayant évolué très lentement, sans douleur, sans phénomènes réactionnels au niveau de la glande.

Observations. — Extirpation très facile. L'examen histologique montre la présence de follicules tuberculeux nombreux et de bacilles tuberculeux (difficilement décelés après un séjour de onze ans de la pièce dans le liquide de Müller).

OBSERVATION II (résumée)

(Muller, 1893, d'après Baas)

Fille de 14 ans.

Symptômes cliniques locaux. — Sur la moitié externe de la paupière supérieure droite, rouge et gonflée, se trouve une tumeur soulevant la conjonctive en lobules et se prolongeant en arrière.

Symptômes réactionnels secondaires. — Hypertrophie de la conjonctive et pannus.

Obserervations. — Bacilles de Koch nombreux, la tumeur récidive un mois après son ablation.

OBSERVATION III (résumée)

(Baas, 1894, *Clinique de Fribourg*)

Femme de 40 ans.

Symptômes cliniques locaux. — A la paupière supérieure gauche, se trouve une tumeur du volume d'une noisette, élastique, lisse, atteignant l'angle externe de l'orbite. Les mouvements du globe oculaire sont gênés de ce côté.

Du côté droit, dans le regard en bas, sous la partie externe du bord palpébral, la paupière est repoussée en avant (volume d'une fève). On refoule à ce niveau la glande lacrymale normale.

Observations. — Le bacille de Koch n'a pu être recherché.

OBSERVATION IV (résumée)

(Baas, 1894)

Homme de 32 ans.

Atteint d'une tuberculose nasale ancienne dont on a procédé à l'ablation.

Symptômes cliniques locaux. — Paupière supérieure droite légèrement gonflée, tumeur dure, lobulée, au niveau de la glande lacrymale, délimitée sauf en arrière.

Dans le regard en bas on perçoit une partie saillante dans le fornix. La partie correspondante de la conjonctive est hyperhémiée, œdémateuse. Aucune réaction inflammatoire, ni douloureuse.

Observations. — Diagnostic porté : tuberculose glandulaire, à cause de la concomitance des symptômes nasaux. Extirpation, guérison sans récidive. Pas de bacilles au niveau des préparations.

OBSERVATION V (résumée)

(Salzer, 1894, *Clinique de Heidelberg*)

Fille de 15 ans.

Symptômes cliniques locaux et concommitants. — Elle présentait des ganglions tuberculeux au niveau du cou. Ils sont extirpés par Czerny. Tuberculose des ascendants. Rachitisme de l'enfance et macules cornéennes chez le sujet, atteint de catarrhe des sommets pulmonaires.

A l'âge de 12 ans, apparition sous le rebord orbitaire gauche, d'une tuméfaction du volume d'un haricot, dure et nodulaire, mobile sous le rebord orbitaire.

Evolution très lente (trois ans) avant d'atteindre le volume d'une fève. Aucun symptôme inflammatoire. Extirpation.

Observations. — Infiltration tuberculeuse de la glande avec prédominance de tissus scléreux.

Pas de bacilles de Koch.

OBSERVATION VI (résumée)

(Panse)

Jeune homme de 21 ans.

Sans antécédents, bacillaires avérés.

Symptômes cliniques locaux. — Il présentait dans la région de la glande lacrymale, de chaque côté, une tumeur dure, du volume d'un haricot, bien mobile, sensible ni spontanément, ni à la pression.

Observations. — Extirpation de la tumeur avec la capsule. Guérison *per primam.*

OBSERVATION VII (résumée)

(Panse)

X..., 35 ans, tumeur bilatérale, à évolution lente, analogue à la précédente au triple point de vue : clinique, diagnostique et histologique.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Hænhle, 1900)

Jeune homme de 18 ans, chez lequel dans la partie externe de la paupière supérieure gauche, on trouvait une tumeur du volume d'un gros haricot, librement mobile, bien limitée, non douloureuse à la pression.

L'opération justifie le diagnostic de tumeur vraisemblablement tuberculeuse de la glande lacrymale.

(Voir chapitre : *Anatomo-pathologie*).

OBSERVATION IX

Tumeurs rares, symétriques des paupières

(Abadie, 1881)

Mademoiselle P..., âgée de 16 ans, vient avec sa mère, me consulter pour une double grosseur qui depuis quelque temps, six mois environ, s'est développée aux deux paupières.

Ce qui frappe, en effet, en examinant cette jeune personne dont la figure est belle et les traits réguliers, c'est la conformation particulière des paupières. Vers le voisinage de la commissure externe elles paraissent comme abaissées, de telle sorte qu'on croirait d'abord à un ptosis, mais à un ptosis partiel.

Vers le milieu de la fente palpébrale et du côté nasal, le bord libre de la paupière reprend sa situation normale. Il résulte de cette disposition, que le bord ciliaire de la paupière supérieure au lieu de décrire un arc de cercle régulier à concavité inférieure, a la forme d'une S horizontale.

Cette déformation des paupières parfaitement symétrique, donne à la figure un aspect tout particulier.

En y regardant de près, on constate qu'elle est due à la présence d'une petite masse indurée siégeant au niveau de la portion palpébrale de la glande lacrymale et soulevant légèrement la peau d'ailleurs absolument intacte, sans aucun changement de coloration.

Les contours de cette petite tumeur ne peuvent être délimités, ils semblent se perdre dans l'épaisseur des tissus avoisinants. Elle envoie un prolongement en haut du côté de l'orbite et de la glande lacrymale et adhère intimement au cartilage tarse. Au-dessous, la conjonctive est saine et a conservé sa coloration habituelle.

En raison de la difficulté de délimitation, son volume, difficile à apprécier, peut être évalué approximativement à la grosseur d'une noisette, et quand on avait palpé et saisi entre les doigts cette tumeur qui paraissait très dure, on était étonné qu'elle ne produisit pas une déformation plus considérable des paupières.

Le diagnostic était difficile, l'existence d'un chalazion n'était pas admissible en raison du volume, de la dureté, de l'absence complète de phénomènes inflammatoires antérieurs et du prolongement du néoplasme du côté de l'orbite.

On pouvait croire à un adénome de la glande lacrymale (Otto-Becker en a déjà signalé un exemple) et ce fut en effet à ce dernier diagnostic que je m'arrêtai.

Je pensais à un adénome développé aux dépens de la portion palpébrale de la glande lacrymale et je proposai l'ablation.

La malade refusa net. J'essayai pendant quelques jours l'emploi d'une pommade résolutive à l'iodure de plomb et l'iodure de potassium. Ce dernier médicament fut donné aussi à l'intérieur à la dose de 0,75 centigrammes par jour. Au bout de deux mois, les tumeurs continuant à augmenter de volume et l'aspect des paupières devenant de plus en plus disgracieux, l'opération fut acceptée.

L'anesthésie par le chloroforme ayant été obtenue, j'incisai au niveau du sillon orbito-oculaire et parallèlement au bord libre des paupières, la peau, le muscle orbiculaire, et j'arrivai bientôt sur la tumeur. Elle adhérait intimement par sa face profonde au cartilage tarse et envoyait un prolongement en haut du côté de la cavité orbitaire, vers la glande lacrymale. En voulant la disséquer et la séparer de ses attaches profondes, je fus étonné de sa résistance et de sa dureté ; son tissu criait sous le bistouri comme du tissu fibro-cartilagineux.

L'ablation fut en somme assez pénible et il fallut sacrifier un morceau du cartilage tarse ainsi que la conjonctive sous-jacente, de telle sorte que la paupière fut percée à jour sur une étendue de trois à quatre millimètres.

Je me contentai d'opérer un seul œil, le gauche.

Une fois enlevée, cette tumeur était beaucoup plus considérable qu'on eût pu le soupçonner tout d'abord : elle attei-

gnait le volume d'une grosse noisette ; comme aspect extérieur, elle ressemblait à du fibro-cartilage ; coupée en deux, la surface de section paraissait blanchâtre, demi-transparente, le tissu dense et serré.

Une des deux moitiés fut examinée au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. Debove, l'autre moitié au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. Brissaud.

Le résultat de l'examen histologique concorda des deux côtés et fut : *tubercule ?!?*

On comprend combien ce diagnostic nous rendit perplexes, M. le Dr Cheurlot, le médecin habituel de la malade, et moi ! Sauf une fièvre scarlatine bénigne, sans accidents rénaux, survenue à l'âge de neuf ans, les antécédents pathologiques étaient absolument nuls.

Rien de particulier non plus à noter du côté des ascendants.

Le Dr Cheurlot ausculta avec beaucoup de soin la jeune personne, mais il ne constata aucun signe stétoscopique de phtisie pulmonaire.

Des deux côtés de la poitrine, la sonorité était normale, il n'y avait aucune altération du murmure vésiculaire et rien ne pouvait faire songer à de l'induration pulmonaire.

Pourtant depuis quelque temps cette jeune fille était prise de temps en temps pendant la nuit de quintes de toux très fatiguantes et, à plusieurs reprises, le Dr Cheurlot perçut en l'auscultant un léger bruit trachéal (du cornage) qu'il attribua à une hypertrophie des ganglions bronchiques.

On comprend tout de suite, combien la découverte de produits tuberculeux dans l'économie, devait donner d'inquiétudes et rendre suspecte cette hypertrophie ganglionnaire. On ne pouvait se défendre de songer à une dégénérescence tuberculeuse.

La plaie se cicatrisa rapidement et fort bien, mais du côté du prolongement orbitaire, qui n'avait pu être poursuivi très loin et complètement enlevé en raison de ses rapports avec la portion orbitaire de la glande lacrymale, il restait toujours un peu d'induration.

Néanmoins la paupière reprit peu à peu sa position et sa forme normales ; deux mois après, le résultat se trouva être

si satisfaisant que cette jeune fille demanda elle-même à être débarrassée de la tumeur qui existait toujours à droite.

Je passe sous silence tous les détails de l'opération qui s'effectua dans des conditions identiques à celles de l'œil gauche ; la dissection du néoplasme fut tout aussi pénible, son volume pourtant était un peu moindre.

D'après l'examen histologique, c'était également du tubercule. La guérison de ce côté s'effectua aussi sans accidents.

Le docteur Cheurlot continua à suivre cette malade et de temps en temps me donna de ses nouvelles.

Elle prit de l'huile de foie de morue et de la créosote ; sous l'influence de ce traitement, ses quintes de toux cessèrent et depuis trois ans qu'elle est opérée, elle jouit d'une santé florissante. L'induration qui persista encore longtemps des deux côtés au niveau des prolongements orbitaires finit par disparaître entièrement. Le léger sillon cicatriciel se confond avec un des plis naturels de la paupière et l'examen le plus minutieux ne laisse rien découvrir d'anormal.

Un autre cas analogue à celui qu'on vient de lire, absolument semblable cliniquement, se produisit dans la suite.

Il s'agissait d'une fillette de 12 ans qui fut conduite par sa mère à ma clinique.

Elle présentait cette double déformation caractéristique des paupières au niveau de la portion palpébrale de la glande lacrymale.

A la palpation on trouvait les mêmes caractères que ceux précédemment décrits : tissu induré se laissant difficilement délimiter, envoyant un prolongement du côté de l'orbite, peau et conjonctive absolument saines. Cette petite fillette semblait jouir d'une parfaite santé.

Pourtant elle avait déjà eu quelques manifestations strumeuses, engorgement des ganglions sous-maxillaires, impétigo du cuir chevelu, etc., etc..., mais tous ces accidents avaient disparu depuis assez longtemps sans laisser de traces.

Je la soumis pendant quelque temps à l'huile de foie de morue et à l'iodure de potassium, puis voyant que ce traitement n'amenait aucune amélioration, je proposai l'opération, ses parents refusèrent et depuis je n'ai pas revu cette petite malade.

OBSERVATION X

(Tuberculose probable de la glande lacrymale,

de Lapersonne, 1892.)

Au mois d'avril 1889, j'étais consulté par Mlle V....., 32 ans, se plaignant depuis trois mois environ d'une certaine difficulté dans les mouvements de la paupière supérieure droite.

Un mois avant de me consulter, la malade est très affirmative à cet égard, elle avait vu se développer une petite grosseur au niveau de l'angle supéro-externe de l'orbite. Elle n'éprouvait aucune douleur et n'était gênée que par l'abaissement de la paupière supérieure, qui l'obligeait à marcher la tête légèrement renversée ; cet œil a une bonne vision, tandis que, à gauche V = 1/20 par suite de taies de la cornée.

La paupière n'est guère plus saillante que du côté opposé, mais à la palpation on sent une petite tumeur, assez profonde, non adhérente à la peau, s'aplatissant en avant pour coiffer le globe sans gêner en aucune façon ses mouvements.

Cette tumeur descend jusqu'au-dessus de l'angle externe, en haut elle n'atteint pas la partie moyenne du rebord orbitaire supérieur, et s'enfonce profondément dans l'orbite par un rebord mince.

Elle adhère au rebord orbitaire et s'enfonce dans la fossette lacrymale, sans qu'il soit possible d'apprécier les limites postérieures ; elle paraît avoir une consistance fibreuse ; la surface est irrégulière et dans certains points nettement lobulée.

A ces signes, il était facile de reconnaître une tuméfaction de la glande lacrymale, mais de quelle nature ? Au point de vue du diagnostic, trois faits étaient importants à noter : la consistance fibreuse, la lobulation fine, enfin la marche très rapide. En l'absence de tout phénomène inflammatoire au début, de chémosis, de rougeur de la conjonctive, il était impossible de songer à la dacryo-adénite aiguë simple que j'ai décrite encore dernièrement (*Bulletin médical du Nord*, 1891),

tout au plus aurait-on pu penser à ces formes chroniques d'hypertrophie de la glande dont on s'est occupé davantage dans ces derniers temps, au point de vue opératoire, mais qui sont encore fort mal classées au point de vue histologique.

Je penchais donc vers l'idée d'un sarcôme embryonnaire à marche rapide ; c'était encore parmi les tumeurs de la glande lacrymale décrites jusqu'à ce jour la seule qui pouvait rendre compte des phénomènes observés.

La santé de M^lle^ V... était relativement bonne à ce moment. Elle n'a aucun antécédent héréditaire, elle est indemne de syphilis. Il y a cinq ans elle a été soignée pour une affection pulmonaire, désignée sous le nom de bronchite chronique, mais qui avait produit des hémoptisies répétées, des accès de fièvre et un amaigrissement très rapide. Puis tous ces phénomènes avaient disparu, petit à petit, et depuis elle n'a jamais toussé, n'a jamais rien éprouvé du côté de la poitrine.

L'auscultation ne donne qu'un peu de rudesse respiratoire au sommet du poumon gauche.

Étant donné la marche rapide de l'affection, la gêne commençante des mouvements de l'œil, le ptosis qui augmentait progressivement, je proposai l'ablation de la tumeur, qui fut acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 9 mai, avec l'aide de mes excellents confrères MM. Gouy et Surmont. L'incision de la paupière le long de la queue du sourcil, étant faite couche par couche, on aperçoit bientôt la tumeur qui fait légèrement hernie.

La tumeur adhère aux parties voisines, sauf au périoste du côté de la fossette orbitaire ; j'arrive assez facilement à en faire l'extirpation totale et complète.

Il n'y a pas eu d'hémorragie. Sutures profondes de la paupière jusqu'au périoste frontal suivant le conseil d'Everbusch, sutures superficielles, drain, pansement antiseptique.

La guérison est complète en dix jours.

Au bout de quelque temps, la malade nous fait remarquer un très léger gonflement siégeant exactement au même niveau du côté opposé : il y a même un peu de gêne dans les mouvements de la paupière, mais ce gonflement disparaît bientôt. La malade est soumise pendant plusieurs mois à un traite-

ment par la liqueur de Fowler et les toniques ; elle fait un peu de massage sur la cicatrice droite et des frictions avec la pommade à l'iodure de potassium sur la paupière gauche.

J'ai revu Mlle V..... plus d'un an après l'opération ; il n'y a aucune récidive, les mouvements de la paupière se font fort bien, la cicatrice est invisible.

A gauche, le gonflement de la région lacrymale ne s'est jamais reproduit. L'état général est excellent ; l'auscultation ne révèle aucun changement du côté de la poitrine.

La tumeur avait au moment de l'extirpation le volume d'une grosse amande, elle était très dure, très lobulée, présentait à la coupe un aspect grenu, une coloration rosée.

Tous les signes macroscopiques semblaient confirmer le diagnostic d'adéno-sarcôme et j'avoue que je ne songeai nullement, alors, à la nécessité d'une inoculation d'une parcelle de la tumeur, cette inoculation eût été d'ailleurs fort difficile à pratiquer, à cause du milieu social dans lequel nous nous trouvions.

Je me contentai de faire mettre la tumeur dans l'eau alcoolisée.

Par suite de diverses circonstances, la pièce ne fut remise à M. le professeur Hermann, que plusieurs jours après.

Après un séjour assez long dans l'alcool, cette pièce fut préparée et nous verrons plus loin l'étude histologique que M. le professeur Hermann donne de cette tumeur.

OBSERVATION XI

(*Tuberculose atténuée des glandes lacrymales,*

(Van Duyse, 1896.)

Mlle X..., âgée de 19 ans, lymphatique, très anémique, sans troubles menstruels, nous est amenée le 3 juin 1896 par notre confrère le docteur Louvrier, de Gand, pour une tuméfaction des paupières supérieures. Depuis le début de janvier, l'inté-

ressée a senti, de part et d'autre, une grosseur se développer vers l'angle externe de l'orbite. Un spécialiste éminent consulté en février a prescrit l'usage d'onguents résolutifs.

Depuis cette époque, aucune modification n'est survenue dans le développement des tumeurs symétriques.

L'examen clinique donne le résultat suivant : les paupières sont gonflées dans leur région externe.

Il n'existe aucun phénomène inflammatoire : ni chémosis, ni rougeur de la paupière. Le sujet n'accuse aucune gêne ni douleur.

Au palper, on perçoit une tumeur dure au niveau de l'angle supérieur des orbites, au niveau de la glande lacrymale, de consistance cartilagineuse, à gauche. Le volume de ces tumeurs ne dépasse pas celui d'une fève. La palpation ne détermine aucune douleur et permet de constater un faible déplacement des néoplasmes nullement adhérents à la peau.

Mademoiselle X... ne se plaint aucunement du fonctionnement de ses yeux, normaux d'ailleurs : elle ne s'occupe que de la défiguration résultant du gonflement des paupières dans leur partie externe.

Le siège des deux tumeurs, et une légère lobulation sensible à droite permettent de localiser l'affection dans les glandes lacrymales.

En retournant les paupières on aperçoit dans l'adduction forcée de l'œil droit, en dedans et en bas, une portion de la tumeur, recouverte par la conjonctive hyperhémiée. Elle vient faire saillie sous la conjonctive. Nul ganglion de la face et du cou ne présente d'engorgement.

Le diagnostic d'hypertrophie des glandes lacrymales (Rothmund, Meyer, Debierre) fut posé, mais il restait un doute quand à l'existence d'un néoplasme symétrique d'essence sarcômateuse. Il fut procédé, sur le champ, en vue de l'examen histologique, à l'excision de la portion de tissu pathologique, saillante dans le fornix à droite.

En attendant le résultat de l'investigation microscopique, l'Iodure de Potassium de Foucher fut administré à la dose de 3 grammes par jour.

Le 15 juillet, soit six semaines après notre intervention chirurgicale, la jeune fille se présenta à notre examen, nous

constatâmes, en présence de notre confrère Louvrier, la disparition totale de toute induration dans la région des glandes lacrymales.

Ainsi, l'augmentation de volume, l'induration de la glande constatée à gauche, avaient disparu en dehors de toute opération.

Dans l'intervalle des deux consultations, l'examen histologique nous avait révélé la nature tuberculeuse du tissu enlevé en juin.

L'examen de la poitrine nous montre chez le sujet les clavicules légèrement saillantes, les creux sus et sous-claviculaires ne sont pas exagérés.

Il y a de la submatité aux deux sommets, avec légère rudesse de la respiration. Il existe de la toux, mais pas de sueurs nocturnes.

Le père de la jeune fille est sujet à des bronchites réitérées : il a eu une hémoptisie.

On ne saurait se méprendre, croyons-nous, sur la nature tuberculeuse de l'affection qui a évolué chez notre malade, l'examen histologique emporte la conviction.

L'inoculation au cobaye, à laquelle les circonstances premières n'ont pas permis de songer, pas plus que la présence du bacille de Koch, ne sont des témoignages indispensables dans l'espèce.

OBSERVATION XII

(Achard et Leblanc, 1917)

Hum....., 40 ans, chauffeur, entre à l'hôpital Necker le 24 octobre 1917, maigre, pâle, fatigué.

L'examen révèle des râles ronflants sibilants disséminés, prédominants au sommet droit, en avant. La respiration est soufflante aux deux temps : il y a du retentissement de la voix, de la toux et de la submatité.

L'expectoration est abondante, franchement purulente et renferme de nombreux bacilles de Koch. La température oscille entre 38° et 39°.

Le malade sort le 8 décembre et entre de nouveau le 23 décembre, en très mauvais état avec de gros râles dans toute la poitrine. Le repos lui paraît d'abord profitable et deux mois après son entrée, la température est redevenue normale. Mais à la fin de mars, l'état s'aggrave, l'expectoration devient considérable, accompagnée de gêne respiratoire de plus en plus prononcée et la mort survient le 18 avril (granulie pulmonaire terminale).

Le début de l'évolution de la lésion lacrymale remonte au mois de février 1917. A cette époque apparut au niveau de l'angle externe de l'œil gauche, dans la paupière supérieure, une petite tumeur molle fluctuante, intermittente, la pression à son niveau provoquant du larmoiement. Puis la tuméfaction devient permanente et augmente peu à peu de volume. Elle dépasse celui d'une grosse noix en octobre 1917 à l'entrée à l'hôpital.

La paupière supérieure est complètement déformée dans son tiers externe par une grosseur qui semble se prolonger dans l'orbite. La peau, tendue à la surface et difficile à mobiliser, est cependant normale. La palpation est indolente, et il n'existe qu'une petite gêne dans le mouvement de relèvement de la paupière supérieure.

La pression permet de vider presque complètement la poche, provoquant un larmoiement abondant. Ainsi se pose le diagnostic de tumeur kystique de la glande lacrymale, d'un dacryops de cause indéterminée.

Le 23 décembre, au retour du malade, l'aspect est tout différent : La peau rouge, œdèmatiée est adhérente à la surface de la tumeur qui a notablement augmenté de volume, qui est douloureuse à la palpation, et dont la consistance est rénitente ; la pression permet seulement de faire soudre quelques gouttes de pus grisâtre au niveau de l'angle externe de l'œil. L'empâtement s'étend peu à peu et 15 jours plus tard a envahi presque toute la paupière supérieure et la partie antérieure de la région temporale ; un abcès de collecte, s'ouvre, laissant écouler un pus grumeleux ; un orifice fistuleux se constitue, à l'union de la paupière et de la région sourcilière ; il s'élargit dans les semaines suivantes et amène un décollement étendu et profond, la lésion semble englober la portion orbitaire de

la glande et détachant d'autre part le tiers externe de la paupières supérieure au niveau de son insertion. Les lésions cutanées s'étendent en même temps, gagnant toute la paupière supérieure en dedans, la peau est rouge, œdématiée en dehors, elle est recouverte d'ulcérations peu profondes, recouvertes de croûtes, dont le fond est rouge violacé et les bords irrégulièrement découpés.

Dans le courant de mars le décollement de la partie externe de la paupière supérieure se comble peu à peu et une cicatrisation complète de la lésion glandulaire est constatée au début d'avril. Par contre, les accidents cutanés s'étendent et envahissent la région temporale jusqu'à un centimètre au dessous et deux centimètres au dehors de l'angle externe de l'œil, dès lors, il existe là, une ulcération étendue, peu profonde, recouverte de croûtes.

Ces lésions ont provoqué, à partir de la fin du mois de décembre, un ptosis permanent accompagné d'une conjonctivite subaigüe intense. Elles ont toujours été peu douloureuses, spontanément, la pression étant assez mal tolérée.

L'examen du pus, plusieurs fois pratiqué, a révélé des polynucléaires altérés et de nombreux cocci isolés ou en chaînettes, jamais on ne pu mettre en évidence le bacille de Koch.

Autopsie. — Un prélèvement du fond d'une des ulcérations palpébrales a été fait. En outre, par l'orifice fistuleux de l'angle externe de l'orbite, on a pu extraire de la cavité orbitaire, au niveau de la glande lacrymale, quelques fragments de tissu sclérosé, enflammé chroniquement, qui l'occupait. L'examen histologique a été fait en même temps qu'une partie de ce tissu a été inoculé au cobaye.

Inoculation au cobaye : Six semaines après, on trouve quelques granulations tuberculeuses typiques au niveau de la rate.

OBSERVATION PERSONNELLE

Mang... Georges, soldat de 2e classe, 8e Compagnie télégraphiste.

Ce militaire est venu à la consultation du service ophtalmo-

logique de l'H. C. A. 59 (Service du Docteur Beauvieux) vers le début de janvier 1918.

Cet homme a remarqué qu'à la partie externe et supérieure de l'œil gauche, une petite tuméfaction se formait. Jusqu'à cette époque aucune gêne, aucune douleur n'avait spécialement attiré son attention sur cette région. Ce fut lorsque la tuméfaction eut acquis le volume d'un chalazion ordinaire, que Mang..., dans les mouvements d'élévation de la paupière supérieure eut l'impression d'un frottement anormal à ce niveau et par le palper, mit en évidence l'existence de cette grosseur absolument indolore, spontanément ou à la pression.

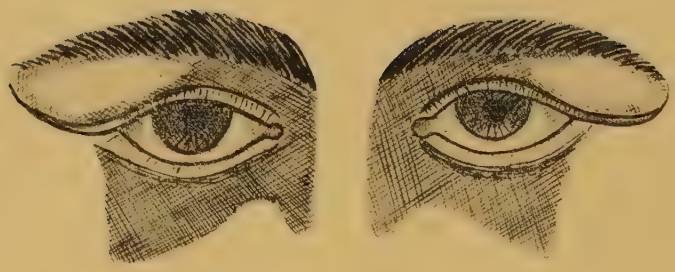
Dans les mois qui suivirent l'évolution se fit lente et progressive, toujours sans la moindre réaction inflammatoire, sans la moindre perturbation dans le jeu des paupières, sans le moindre retentissement sur la vision de l'œil gauche.

Il se décida à revenir à la consultation du service lorsqu'il vit que la tuméfaction devenait de plus en plus perceptible, avec la ferme intention de se faire opérer de ce kyste.

Dans les antécédents de Mang..., nous ne trouvons rien de de bien saillant à retenir. Ses parents vivent encore et sont en excellente santé. Il a deux frères et une sœur indemnes de toute affection. Lui-même n'a jamais été malade, sauf une crise de rhumatisme articulaire aigü en novembre 1917. L'examen très attentif de l'appareil pulmonaire et des autres organes a été entièrement négatif et a permis de consigner l'absence complète de symptômes tuberculeux ou d'adénopathie bacillaire évidente. Aucun traumatisme ancien ou récent au niveau de la région en cause. Mobilisé le 12 août 1914, Mang.... a fait son service militaire jusqu'à ce jour sans évacuation pour maladie.

Examen clinique : Dans l'angle supéro-externe de l'orbite gauche existe, en effet, une tumeur de la grosseur d'une noix environ. Elle donne au premier abord l'illusion d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil, c'est-à-dire qu'elle soulève, les téguments ne présentent d'ailleurs aucune adhérence avec les plans sous-facents. Aucune inflammation extérieure, la peau a sa coloration normale.

La palpation permet de se rendre compte du siège exact de la tumeur. Elle est située sous le rebord orbitaire supérieur,



Aspect général des paupières dans un cas de tuberculose atténuée de la glande lacrymale.

au niveau de la loge de la glande lacrymale. Son extrémité antérieure, ronde, non bosselée, fait saillie hors du plan osseux, vers l'extérieur. Le corps de la néoformation se prolonge dans l'orbite et le doigt ne peut en suivre les contours. Mobile sur les organes voisins, elle paraît encapsulée et offre une consistance fibreuse sans traces, de fluctuation.

Partiellement réductible elle n'est pas douloureuse spontanément ou à la pression. Le globe oculaire n'est pas dévié de sa direction physiologique, par l'envahissement de l'orbite ; il n'existe aucune diplopie. Le fond de l'œil est normal et l'acuité visuelle égale 10/10e. A droite, rien de semblable, la région lacrymale est libre de toute production pathologique.

La diagnostic de tumeur de la glande lacrymale paraît s'imposer. Le siège intra-orbitaire dans la région supéro-externe de l'entonnoir osseux, l'indépendance du contenu de l'orbite vis-à-vis du néoplasme l'intégrité du pourtour osseux et la mobilité sur les plans sous-jacents écartent l'idée d'un kyste dermoïde, d'une exostose ou d'une ostéo-périostite, ou d'une affection du contenu de l'orbite (nerfs, muscles, etc. etc.).

Quelle est la nature de cette tumeur ??? L'absence de fluctuation, de symptômes réactionnels, l'évolution très lente, permettent de rejeter l'hypothèse d'un dacryops, d'une dacryo-adénite inflammatoire. La consistance, dure, ligueuse, l'encapsulement de la néoformation, son indépendance vis-à-vis des organes voisins font croire au contraire à l'existence d'un néoplasme, et d'un néoplasme bénin, fibrôme, dacryo-adénite syphilitique, adéno-fibrôme, etc., etc...

La réaction de Wassermann négative, l'absence d'antécédents, enfin l'essai infructueux d'un traitement spécifique intensif nous montrèrent que la syphilis ne jouait aucun rôle.

Pas un instant l'idée d'une tuberculose atténuée ne fut envisagée et le diagnostic porté en dernier lieu, fut celui de fibrôme ou d'adéno-fibrôme de la glande lacrymale. L'intervention chirurgicale fut alors décidée.

Le 29 juin 1918, sous anesthésie locale (novocaine. adrénaline) large incision le long du rebord orbitaire supérieur, jusqu'au pourtour osseux ; on tombe immédiatement sur le corps du délit, manifestement encapsulé. Isolement de la tumeur, des plans avoisinants à l'aide de la soude canelée. La décortica-

tion de la partie antérieure est facile, mais on constate que la portion principale fuse profondément dans l'orbite. Vers le sommet de la fente sphénoïdale. On arrive cependant à isoler d'une manière complète le néoplasme, qui est ensuite extrait en totalité. Drainage à l'aide de crins, suture des plans cutanés.

Le 30 juin, très bon aspect de la plaie, on enlève le drain.

Le 3 juillet, les sutures sont enlevées également. Guérison par première intention, sans trace de suppuration. Le malade sort du service le 6. Il a été revu le 12 octobre. Aucune récidive, la ligne d'incision est à peine visible.

Dans le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique, nous poserons en détails la structure du néoplasme.

Ajoutons que le bacille de Koch n'a pu être trouvé sur les coupes.

En revanche, l'introduction d'un petit fragment de la tumeur dans le péritoine d'un cobaye fit constater, au bout de huit semaines, la présence d'un follicule tuberculeux typique au niveau de la séreuse abdominale de l'animal (examen microscopique positif).

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude des observations précédentes nous indique avec clarté que la tuberculose de la glande lacrymale mérite le nom d' « atténuée » que Van Duyse lui a décerné.

Le peu de virulence domine toute la symptomatologie et l'évolution.

Le début est lent, insidieux, ignoré du malade. L'encapsulement de l'organe, sa situation sous le rebord orbitaire supérieur font que la néoplasie doit acquérir un volume assez considérable pour entraîner une gêne appréciable ou une déformation des téguments telle que le sujet puisse s'en apercevoir.

Aussi le spécialiste est-il consulté à la période d'état, c'est-à-dire quand l'affection a atteint le maximum de développement.

La tumeur siège au niveau de l'angle supéro-externe de l'orbite ; elle entraîne quelques modifications dans l'aspect extérieur de la région. Dans certains cas la peau n'a subi aucun changement. Beaucoup d'observations mentionnent le soulèvement de la partie externe de la paupière supérieure d'un degré toujours assez modéré pour ne pas entraver le fonctionnement du voile palpébral. Il en était ainsi dans notre cas et exemple personnel. Cette saillie a son maximum un peu au-dessus du canthus externe, immédiatement sous le rebord orbitaire. La peau conserve sa coloration habituelle, Muller, Achard et Leblanc, ont cependant noté l'apparition d'un œdème, puis d'une inflammation vive qui a abouti à la perforation et à l'ulcération par ouverture d'un abcès tuberculeux sous cutané. Cette terminaison est exceptionnelle et l'on s'explique que la présence du ganglion préauriculaire (Kalt) ne soit lié qu'à l'existence de ces phénomènes réactionnels intenses ; aussi fait-il défaut la plupart du temps.

Le volume de la néoformation est des plus variables, allant de la grosseur d'un haricot (Hænhle, Plitt) à celle d'une amande (cas personnel). Il ne suffit pas pour entraîner du côté de l'appareil oculaire un déplacement par contact ; cette complication, apanage des tumeurs de l'orbite, n'est signalée dans aucun cas ; on comprend en effet que la capsule suffise à diriger l'accroissement anormal vers les

deux points où cet accroissement rencontrera le moins de résistance, c'est-à-dire en avant et en arrière, de préférence vers l'extérieur.

Le consistance est dure, ligneuse. Ce symptôme est constant et concorde avec la structure scléreuse que révèle l'examen histologique. Le cas d'Achard et Leblanc fait exception à la règle. Pendant très longtemps, la lésion glandulaire s'est traduite sous forme d'un dacryops assez volumineux, atteignant la grosseur d'une noix, semblant englober les deux parties orbitaire et palpébrale de la glande.

Les auteurs expliquent cette rétention lacrymale par une lésion tuberculeuse probable siégeant sur le trajet des principaux canaux excréteurs et entraînant l'obstruction de leur lumière.

La surface est d'ordinaire lisse, très nettement encapsulée, parfois irrégulière, lobulée, bosselée, nodulaire (de Lapersonne).

Deux signes distingue la dacryo-adénite bacillaire chronique des tumeurs de l'orbite.

1° La mobilité.

2° L'absence d'adhérences aux tissus voisins.

La glande lacrymale altérée est en effet très mobile, le doigt lui imprime avec facilité les mouvements les plus divers ; elle est même réductible dans une certaine mesure vers le fond de l'orbite. Cette mobilité est la résultante de l'indépendance de la néoformation soit avec les téguments, soit avec le périoste, soit avec le contenu orbitaire. Kalt, Plitt, Achard et Leblanc soulignent l'importance de cet élément de diagnostic.

Il ne se produit d'adhérences que dans les cas très rares où le processus évolue vers la suppuration et où la péri-adénite se propage vers l'extérieur, vers la peau, précédant l'ouverture fistuleuse de la collection glandulaire.

L'évolution chronique latente, concorde bien avec l'absence de douleurs à la pression, avec le peu d'acuité des troubles fonctionnels.

Le sujet ne souffre pas (Plitt) et ne vient consulter que le jour où la néoformation a acquis un volume suffisant pour être remarquée par lui. Une gêne légère dans la partie supéro-externe de l'orbite, une sensation de pesanteur au niveau de la paupière supérieure, un léger ptosis mécanique sont les seuls signes que l'on puisse signaler. L'état général est fonction de la lésion tuberculeuse générale intercurrente ; il est une catégorie de malades, tuberculeux avérés, pulmonaires ou autres, chez lesquels la localisation glandulaire n'est qu'un épiphénomène trop peu accusé pour influencer par lui-même la gravité de l'affection ; la dacryo-adénite n'est qu'un symptôme surajouté au cortège de la diathèse bacillaire. Au contraire certains sujets jouissent d'une santé parfaite, pas d'amaigrissement, de poussées fébriles, bon appétit, vigueur conservée.

Dans ces cas, ou le processus lacrymal revêt une forme atténuée, peu virulente, le point de départ profond est également presque éteint, tout au moins suffisamment endormi, pour ne pas retentir sur l'organisme d'une manière évidente.

Evolution, pronostic

On doit considérer dans la tuberculose de la glande lacrymale deux formes cliniques :

1° La forme caséeuse.

2° La forme scléreuse.

Ces deux formes diffèrent dans leur évolution et dans leur terminaison.

Hâtons-nous de dire encore que la première est de constatation exceptionnelle et c'est pourquoi nous avons intitulé ce travail : « Tuberculose atténuée » et non « Tuberculose » tout court. Dans les observations publiées, en effet, nous n'avons trouvé que les cas de Müller, d'Achard et Leblanc qui puissent se rapporter à cette variété et les derniers auteurs eux-mêmes ajoutent : « Notre cas présente l'intérêt d'une évolution assez rare ». Le début en fut lent, insidieux (voir observation). Précédée par un dacryops, la dacryo-adénite provoqua une réaction péri-glandulaire assez intense puis une ulcération palpébrale apparut, au travers de laquelle une collection se vida, avec persistance d'un trajet fistuleux à l'union de la paupière et de la région sourcilière. Il s'agit dans cet exemple d'une caséification tardive de la glande, aboutissant à la destruction de son parenchyme et à la formation d'un véritable abcès froid ouvert à l'extérieur. L'examen histologique montre bien la présence d'un tissu fibreux de défense, assez développé, mais les phénomènes inflammatoires sur un terrain favorable l'ont emporté ; la

lésion bacillaire a suivi sa marche extensive classique avec fonte caséeuse des follicules et production des cavernes.

La formation scléreuse est celle que l'on observe dans presque tous les cas.

Nous lisons dans Plitt : « La durée de l'affection « varie entre quelques semaines et cinq ans. Elle « évolue lentement, habituellement sous la forme « bénigne de la sclérose. La regression se fait d'une « façon graduelle ».

Dans Achard et Leblanc :

« Presque toujours la lésion évolue lentement, « affectant la forme scléreuse ; assez souvent, elle « regresse et peut même guérir spontanément, car « il est exceptionnel qu'elle aboutisse au ramollis- « sement et à l'ouverture. »

Lenteur dans la marche, augmentation progressive du volume de la glande sans symptômes réactionnels, puis regression spontanée, et guérison par enkystement scléreux des follicules, tels sont les caractères qui dépeignent la tuberculose lacrymale et lui méritent le nom d' « atténuée » que Van Duyse lui a donné.

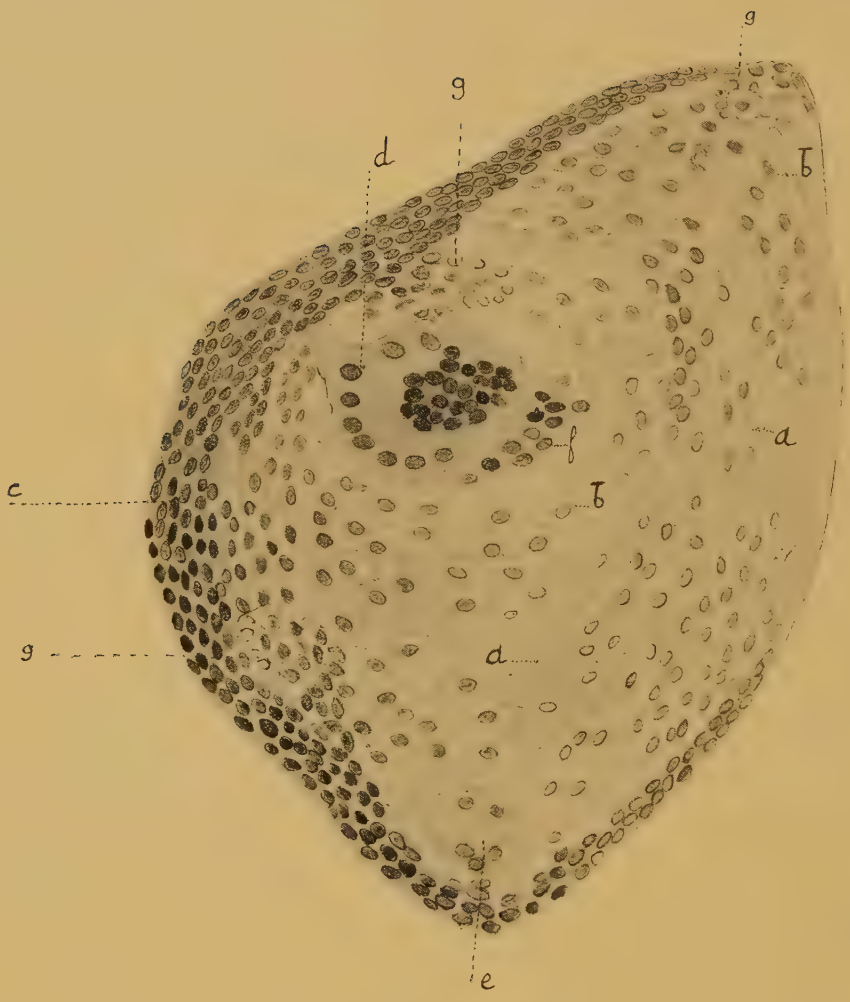
Il faut plusieurs mois, parfois plusieurs années pour que la néoformation atteigne son maximum de développement, lequel ne dépasse jamais le volume d'une amande ; puis par transformation de ses éléments constitutifs il se produit une disparition également lente et progressive sur laquelle Panse, Plitt, Van Duyse ont attiré l'attention. L'étude de ces

modifications histologiques, auxquelles nous avons consacré un chapitre spécial, donne une explication claire de ce processus évolutif que l'on peut comparer à celui que subissent certains tubercules pulmonaires cicatrisés, véritable trouvaille d'autopsie.

Le pronostic est donc des plus favorables. Malgré la nature tuberculeuse de la lésion, on peut affirmer que la réaction sclérosante des tissus péri-glandulaires l'emporte presque constamment sur l'infiltration folliculaire et que la guérison spontanée peut être envisagée.

La pathogénie nous ayant en outre enseigné qu'il ne s'agit pas d'une localisation primitive, mais que cette localisation résulte d'un ensemencement par un foyer profond, lui-même peu virulent, on peut, avec toutes les réserves que comporte la présence d'une diathèse aussi redoutable, espérer que l'état général sera à l'abri d'une infection généralisée. Dans tous les cas, cette infection ne saurait avoir pour point de départ la dacryo-adénite, précisément à cause des caractères de bénignité qu'elle revêt au cours de son évolution, et, qui la rend peu propre et provoquer une dissémination du bacille de Koch.

Fig. I



Follicule tuberculeux.

a) Tissu cellulaire jeune, rappelant le tissu muqueux.
b) Cellules conjonctives à noyau pâle, à protoplasma peu coloré.
c) Cellules à gros noyau, réunies en collerctte (cellules épithélioïdes).
d) Cellule géante typique.
e) Cellule géante atypique.
f) Lymphocytes.
g) Acini glandulaires détruits.

CHAPITRE III

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Pour bien comprendre la constitution histologique de la tuberculose lacrymale il nous suffira tout d'abord d'exposer les descriptions qui en ont été données par les différents auteurs, avant de décrire en détail les particularités qui concernent notre cas personnel.

Toutes ces descriptions confirment la nature sclérosante du processus, et par suite, sa bénignité relative.

OBSERVATION DE DE LAPERSONNE

(Note de M. le Professeur Hermann)

Examen histologique

La pièce soumise à notre examen présente la forme d'un ovoïde assez irrégulier, mesurant 16 millimètres sur sept. A l'une des extrémités se voit une petite masse de tissu cellulaire lâche, à l'autre un appendice en forme de corne, de

quatre millimètres de long. La surface est bosselée. Il semble que les lobules glandulaires soient à la fois hypertrophiés et indurés.

A la section, la consistance de l'organe paraît aussi notablement augmentée, non squirrheuse cependant.

Sur la coupe apparaissent des lobules arrondis, d'un aspect lardacé, mesurant jusqu'à quatre millimètres de diamètre, intimement unis par de minces cloisons connectives.

A la périphérie se voit une capsule d'enveloppe mince, assez lâche, peu distincte en quelques points. Il n'y a guère que deux ou trois lobules qui montrent encore des traces de l'aspect granuleux du tissu glandulaire normal : partout ailleurs la section est unie, le tissu plus dense et plus opaque. Dans les endroits où il subsiste quelques grains glandulaires, on peut voir à la loupe, une masse pathologique blanchâtre envahissant les acini.

Sur les coupes microscopiques colorées au picro-carmin, la distinction est très apparente : il y a une sorte de moiré de jaune et de rouge.

Les parties jaunes qui prédominent de beaucoup, répondent au néoplasme, les traînées rouges qui forment parfois une sorte de réseau au sein de celui-ci, appartiennent au tissu glandulaire plus ou moins reconnaissable, et abondamment infiltré d'éléments embryonnaires vivement colorés par le carmin.

Dans les portions les moins malades, on aperçoit des acini glandulaires à lumière étroite, limités par une rangée de cellules coniques à noyau basilaire arrondi ; pourtant leur protoplasme est moins transparent que normalement.

Il existe également un plus petit nombre, des canalicules collecteurs plus larges, bordés d'un épithélium cubique ou cylindrique peu élevé.

Entre ces parties et les marquant plus ou moins par places, s'étend la charpente lumineuse, chargée et farcie de cellules embryonnaires.

Un peu plus loin, des formations glandulaires sont écartées et souvent comme dissociées par ses masses compactes de tissu embryonnaire et au sein de ce dernier apparaissent des

îlots de grandes cellules qui tranchent par leur coloration jaune.

Ces éléments mesurent en moyenne de 15 à 20 μ et possèdent des noyaux ovoïdes, vesiculeux, clairs peu colorés, atteignant de 10 à 12 μ de diamètre. Fréquemment ils prennent une forme allongée et affectent à la périphérie de l'îlot, une disposition en files rayonnées, comprenant trois ou quatre cellules.

Les parties glandulaires englobées présentent presque partout des signes manifestes d'atrophie.

Dans les régions les plus atteintes, le tissu jaune en ilots et en traînées irrégulières, occupe la presque totalité des lobules et c'est à peine si l'on découvre de rares culs-de-sac glandulaires en voie de disparition.

Les cellules géantes proprement dites avec la disposition caractéristique des noyaux groupés en couronne ou en croissant sont peu nombreuses.

Les cellules épithélioïdes constituent presque exclusivement le tissu morbide et ce n'est qu'en dehors des lobules envahis, dans l'épaisseur des cloisons conjonctives, que l'on constate la présence de *follicules tuberculeux* bien complets.

Ces derniers se sont probablement développés dans des vaisseaux lymphathiques.

La capsule formée essentiellement de tissu conjonctif lâche, renferme des faisceaux fibreux mêlés dans la portion la plus interne à des fibres musculaires lisses en fascicules disséminés au milieu d'un réseau élastique assez abondant.

Plus en dehors se trouvent des cellules adipeuses, quelques fibres musculaires striées, enfin des faisceaux vasculo-nerveux dont les artérioles les plus volumineuses ont 1/4 de millimètre de diamètre.

Cette enveloppe, comme la glande elle-même, montre une infiltration tantôt diffuse, tantôt en foyers circonscrits de cellules embryonnaires.

La coloration des coupes par la méthode d'Erlich n'a pas permis de retrouver de bacilles de la tuberculose.

De ce qui précède il résulte que le diagnostic de sarcôme doit être entièrement écarté. Aucune des variétés anatomiques ;

même le sarcôme embryonnaire, ne se rapproche de la structure histologique qu'on vient de lire.

Encore moins pourrait-on songer à un cylindrôme granulaire, celui-ci étant considéré comme une tumeur atypique, bénigne en principe, à marche relativement lente, mais susceptible de prendre ultérieurement une marche envahissante.

Si l'on s'en rapporte à cet examen histologique, on doit porter le diagnostic *d'infiltration tuberculeuse de la glande lacrymale*, à divers stades de développement.

Cet examen aurait dû être confirmé par l'inoculation sur les animaux, qui malheureusement n'a pas été tentée.

Quant au bacille de Koch on sait que sa recherche peut être infructueuse dans les tissus de nature nettement tuberculeuse.

De Lapersonne dans l'observation qu'il rapporte ci-dessus, parle de la consistance squirrheuse de la tumeur laquelle était encapsulée.

Par place le tissu glandulaire était normal. A d'autres endroits les tubes étaient dissociés par des cloisons compactes de tissu embryonnaire. De ci, de là se voyaient des follicules avec quelques rares cellules géantes. Les cellules épithélioïdes constituaient la presque totalité du tissu néoformé, mais ce n'est qu'en certains points qu'on notait la présence de follicules tuberculeux bien complets.

L'enveloppe était également envahie par des cellules embryonnaires. De Lapersonne n'a pu déceler le bacille de Koch, non plus d'ailleurs que Baas, Salzer... etc...

Il conclut à une véritable tuberculose de la glande, à cause des antécédents de sa malade, mais ajoute que l'idée d'une pseudo-tuberculose lui est venue immédiatement à l'esprit, le doute ne pouvant être

tranché que par un examen bactériologique sérieux joint à l'inoculation expérimentale.

Dans les deux cas de Hænhle, l'aspect complexe de la néoplasie amena trois diagnostics différents de la part d'anatomo-pathologistes et d'ophtalmologistes distingués : tuberculose, carcinôme, inflammation chronique de cause inconnue, peut être de nature syphilitique.

Panse donne une description détaillée des deux exemples qu'il a eu l'occasion d'opérer.

L'étude microscopique montra que nulle part on ne pouvait plus trouver le tissu glandulaire normal.

On pouvait distinguer deux sortes de lobules glandulaires ceux dans lesquels il y avait encore un plus, ou moins grand nombre de tubes glandulaires et ceux dont l'enveloppe connective était complètement remplie par un tissu connectif réticulaire à fines mailles, avec des noyaux, les uns arrondis les autres allongés. En somme la glande présentait l'aspect d'une abondante infiltration de cellules rondes qui, en quelques endroits, s'étaient amassées pour former des foyers assez denses.

« Dans tous les épithéliums glandulaires encore « conservés, dit Panse, les cellules rondes ont « pénétré et amené la destruction de l'épithélium « que l'on peut reconnaître au gonflement et à « l'effrangement du protoplasma. En outre *le tissu « conjonctif intercellulaire a fortement proliféré.* Les « vaisseaux sanguins sont en petit nombre et ne « montrent pas de modifications ».

« Dans les lobules glandulaires pleins de tissus

« conjonctif réticulaire à fines mailles, la coloration « dans le centre n'est pas aussi intense que sur les « parties marginales et le nombre des noyaux est « aussi beaucoup moins grand, ce qui doit être attri- « bué à un début de nécrose. Quelques rares cellules « géantes, mais pas de bacilles de Koch ».

Panse explique cet aspect microscopique et conclut à une inflammation tuberculeuse où la prolifération connective domine : cette prolifération de tissu fibreux imprime à l'inflammation une allure chronique qui n'évolue jamais vers la caséification.

OBSERVATION DE VAN DUYSE

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Mode de préparation. — Enrobage dans la celloïdine et dans la paraffine. Coloration par l'éosine hématoxylique; par l'hématoxyline et le réactif picrofuschsinique de Van Gieson.

A un faible grossissement la structure lobulée des coupes est des plus évidentes. Les lobules sont délimités par des cloisons connectives séparant des groupes d'acini glandulaires plus ou moins disjoints.

Les lobules présentent trois stades différents du développement tuberculeux.

Dans les uns la prolifération interstitielle commence à peine; dans les seconds, le tissu tuberculeux l'emporte sur les acini glandulaires et dans les troisièmes ces derniers ont complètement disparu.

Les travées connectives, présentent aussi en petit nombre des tubercules microscopiques, tubercules primitifs composés généralement d'une cellule géante et de cellules épithélioïdes entremêlées de leucocytes peu nombreux répartis plutôt à la périphérie.

Dans les lobules où les acini glandulaires ont disparu, les tubercules primitifs se sont fondus en des nodules miliaires, leur délimitation primitive se traduisant encore par de fibrilles connectives entrelacées, en disposition circulaire autour d'eux ; les mailles de ces fibrilles sont occupées par des leucocytes.

Baumgarten explique cette délimitation des foyers tuberculeux par la poussée centrifuge qu'engendre la prolifération cellulaire du centre.

Ces détails ressortent vivement au grossissement de 50 diamètres.

Certains tubercules primitifs privés de cellules géantes sont constitués de cellules épithélioïdes, à noyau généralement ovulaire et dont la coloration par l'hématoxyline se fait inégalement, faiblement pour beaucoup d'entre eux.

Les cellules épithélioïdes entremêlées de leucocytes se disposent généralement en cercle autour d'une cellule géante dont l'aspect est classique : le corps protoplasmique forme une masse irrégulière, anguleuse, à prolongements se résolvant dans la fin du réticulum constitué par le reliquat du tissu ancien, l'augmentation de volume des cellules réclamant de la place.

Est-il besoin d'ajouter que ces productions sont totalement avasculaires ?

Parmi les granulômes infectieux, lequel, au point de vue histologique, lequel, si ce n'est le tubercule vrai, répond aussi parfaitement aux particularités déjà énoncées ?

Nous avons vainement essayé de faire ressortir le bacille de Koch dans les coupes de la portion excisée.

L'inspection microscopique nous avait prévenu d'un échec probable au cours des recherches bactérioscopiques.

En effet nous avions à faire à un tissu tuberculeux ne présentant guère de métamorphoses régressives.

C'est dans les tissus de ce genre que l'on trouve avec une peine extrême — si on les décèle — les bacilles spécifiques.

Dans les observations de de Lapersonne, Baas, Salzer, ils n'ont pu être démontrés.

Qui l'ignore encore ? Les processus lents et localisés présentent peu ou pas de bacilles tuberculeux (le lupus par exemple). Nulle part dans nos coupes on établit l'existence de

métamorphoses caséeuses ; nulle part les centres des tubercules ne sont transformés en substance fondamentale granuleuse avec cellules amorphes et noyaux refusant l'action des matières tinctoriales.

Les leucocytes sont peu abondants dans ces productions, ayons-nous dit. Mais n'est-ce pas parce que les métamorphoses y sont peu prononcées ? La faible action chimiotaxique qui en résulte ne détermine-t-elle pas ce faible appel de leucocytes ?

Tout concourt à établir le développement lent de la néoplasie tuberculeuse : la parfaite netteté des cellules épithélioïdes et géantes, le grand nombre de ces dernières, la discrète répartition des leucocytes, l'existence du tissu connectif fibrillaire à la périphérie des tubercules.

Ici, la disposition des noyaux dans les cellules géantes, réalisant le type Schüpel-Wagner-Langhaus, est classique pour beaucoup d'entre elles. On sait que Weigert attribue la disposition périphérique des noyaux à la nécrose partielle centrale du protoplasme cellulaire.

Comme preuve de cette régression, nous citerons, en nous basant sur cette donnée, le fait de l'accumulation encore centrale des noyaux, établi par l'examen de la série des coupes.

Enfin rappelons que la métamorphose caséeuse n'intervenant pas dans certaines néoformations tuberculeuses, celles-ci conservent leur caractère cellulaire pendant des années. C'est le cas des glandes lymphatiques. Après six mois de développement nous ne constatons pas dans notre glande lacrymale de transformation nécrotique.

En résumé, la prédominance des cloisons connectives donnent aux coupes décrites par Van Duyse un aspect lobulé au faible grossissement.

Dans ces cloisons on constate de petits tubercules primitifs avec de nombreux leucocytes.

Sur plusieurs points des préparations existent des follicules tuberculeux typiques.

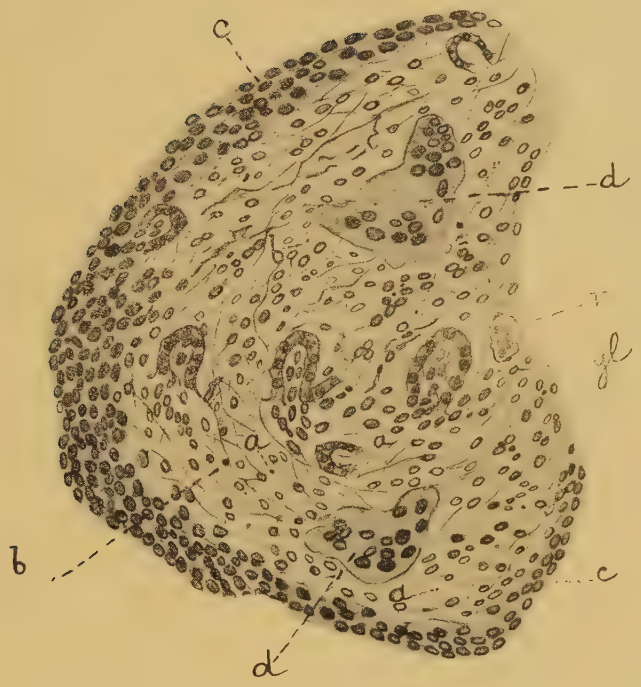
Certains acini simulaient des cellules géantes par prolifération et Van Duyse insiste sur la difficulté

Fig. II

Tissu inflammatoire.

a) Tissu conjonctif lâche à éléments cellulaires faiblement colorés.
b) Cellules conjonctives à noyaux peu visibles, à contours mal délimités.
c) Nodule lymphocytaire.
d) Veine à parois normales.
e) Vaisseau de néoformation (simple endothélium praiétal).

Fig. III



a) Tissu cellulaire jeune.
b) Cellules conjonctives.
c) Cellules épithélioïdes.
d) Cellules géantes.
gl) Acini glandulaires écartés par la prolifération épithéloïde.
v) Vaisseau.

qu'on éprouve à reconnaître les vraies des fausses cellules géantes.

Il distingue, nous le voyons, trois stades d'altération des acini glandulaires : ou bien on ne trouve qu'une prolifération interstitielle légère ou bien le tissu tuberculeux envahit les acini ; ou bien, enfin, toute trace de tissu glandulaire a disparu, le tissu tuberculeux subsistant seul, La dégénérescence caséeuse est à peine indiquée et même absente (Salzer) ; les cellules géantes sont rares dans les follicules qui ne sont formés que de cellules épithélioïdes ; enfin, d'accord avec Hænhle, de Lapersonne; Baas, Salzer, il souligne l'absence presque constante du bacille de Koch. Enfin Van Duyse met en évidence le peu de virulence de l'affection et cette bénignité relative s'explique par l'aspect sclérosant des altérations histologiques qui prédominent et empêchent l'extension, la dissémination des lésions tuberculeuses.

Dans le cas d'Achard et Leblanc, nous avons vu qu'une portion de la glande, la portion palbébrale, dite de Rosenmüller, avait évolué vers la caséification, vers l'abcès froid banal.

D'aprés la description anatomo-pathologique que nous donnent les auteurs, il semble que la portion orbitaire, au contraire, ait présenté les mêmes désordres que ceux précédemment décrits. Voici cette description :

Au niveau de l'ulcération palpébrale, les tissus normaux ont complètement disparu ; la pièce est formée d'un tissu de néoformation constitué par des cellules tassées les unes contre les autres, entre les-

quelles cheminent des vaisseaux rares et trés restreints de calibre, entourés d'une gaîne de fibres collagènes. Mais l'organisation de ce tissu est restée très limitée, et en dehors de ces gaînes, *nulle part on ne trouve de trousseaux de fibres connectives.*

Les cellules sont pour une petite part des lymphocytes, qui forment en quelques endroits des amas nodulaires et surtout des éléments mononucléés d'une taille qui dépasse d'ordinaire celle des mononucléaires moyens ; le proloplasme hyalin, éosinophile, est très étalé et ces éléments révèlent les caractères de cellules épithélioïdes des tissus tuberculeux.

Quelques uns, beaucoup plus volumineux, font penser à des cellules géantes en voie de constitution ; mais ils restent uni ou binucléés, et nous n'avons trouvé que deux ou trois cellules s'imposant comme d'induscutables cellules géantes.

Etude du tissu intra orbitaire

Les trois fragments prélevés sont constitués par du tissu adipeux plus ou moins sclérosé, présentant des signes d'inflammation chronique, caractérisés par la présence de lymphocytes ou de cellules mononucléées, on y trouve quelques amas nodulaires et lymphocytes et de vaisseaux à lumière étroite, entourés d'une gaine fibreuse. Suivant les points, le tissu conjonctif est clairsemé ou *très dense.*

Sur un fragment existent en outre des fibres

musculaires striées, provenant du muscle droit externe ou des faisceaux externes du releveur de la paupière supérieure. Les fibres dissociées, sont entourées des mêmes éléments monunucléés.

Sur les deux autres fragments, on trouve des culs-de-sac glandulaires et des canaux excréteurs, dépendant de la portion orbitaire de la glande lacrymale. Il n'y a pas de dilatation des acini. Par contre l'inflammation chronique a provoqué l'épaississement de l'épithélium secréteur disposé en certains points sur trois ou quatre assises cellulaires ; chaque élément est d'apparence normale à noyau basal, à protoplasme d'apparence réticulaire ; sur un assez grand nombre, on peut distinguer la partie basale, avec son protoplasme différencié et la partie superficielle où s'est accumulé le produit de secrétion ; la membrane basale est nettement différenciée ; quelques éléments aplatis accolés à la couche profonde de l'épithélium glandulaire, peuvent être considérés comme des cellules en panier.

D'assez nombreux éléments mononucléés, identiques à ceux du tissus péri-glandulaire se sont glissés entre les cellules des acini. Les canaux excréteurs sont formés d'une couche centrale d'éléments prismatiques très hauts et très étroits et d'une couche périphérique d'éléments cubiques ; là encore des cellules ont envahi l'épithélium.

Entre les acini et autour des canaux existe une réaction inflammatoire importante ; on y trouve des lymphocytes, et des mononucléaires, formant des amas en certains points, en d'autres un manchon

cellulaire autour des éléments glandulaires. La réaction est surtout accentué autour des canaux excréteurs.

Il n'y a pas de grands éléments, aucune cellule géante, mais beaucoup de cellules semblables aux cellules épithélioïdes. Tout autour des débris glandulaires subsistant s'est produite *une réaction fibreuse intense*, du tissu conjonctif adulte remplaçant la glande disparue.

En aucun point de la pièce, les auteurs n'ont trouvé de tissu en voie de dégénérescence et ils n'ont pas pu, non plus mettre en évidence sur les coupes le bacille de Koch.

Notre cas personnel diffère peu des précédents.

Les planches qui accompagnent cet exposé permettront au lecteur de se rendre compte aisément de l'aspect histologique que présentait cette dacryoadénite.

Examen histologique

La coupe de la tumeur révèle une consistance très dure, avec quelques parties ramollies sans dégénérescence caséeuse cependant. La coloration est grisâtre avec des portions tirant sur le gris-blanc. Aucun liquide ne sourd à la pression.

L'examen au petit grossissement (objectif 4 — oculaire 2) des préparations colorées à l'hématéine-éosine nous fait connaître les détails suivants :

Le tissus conjonctif domine. Il est réuni sous forme

de trousseaux fibreux très denses, fortement colorés en rose par les réactifs.

Ces faisceaux s'entrecroisent dans tous les sens délimitant des sortes de logettes de grandeur variable. La réaction fibreuse connective est plus accentuée dans les parties périphériques de la tumeur qu'au centre où elle paraît prendre en certains endroits une consistance plus molle. Quelques rares vaisseaux sont englobés dans ce tissu et de nombreuses cellules inflammatoires sont disséminées deci-delà sans systématisation appréciable.

Les logettes circonscrites par les faisceaux fibreux nous offrent à étudier trois sortes d'éléments.

1° Les acini glandulaires.

2° Le tissu conjonctif inter-acineux.

3° Les cellules inflammatoires de néoformation.

1° Acini glandulaires

Un simple coup d'œil sur les préparations nous montrent que la plupart des tubes glandulaires ont été détruits par le processus sclérosant inflammatoire que nous venons de décrire.

En quelques coins, on reconnaît encore la structure normale des acini ; en d'autres, au contraire, il ne subsiste que des vestiges de cellules secrétantes, enfouies dans un amas de cellules inflammatoires. Les conduits excréteurs ont subi des modifications analogues qui peuvent ainsi se résumer : atrophie plus ou moins avancée des éléments constitutifs de la

glande lacrymale (acini, conduits excréteurs) et raréfaction de ces éléments dissociés, étouffés dans les fibres connectives.

a) *Tissu conjonctif*

Les logettes sont comblées par un tissus conjonctif d'une coloration rose pâle, très faible, dont nous décrirons l'aspect au fort grossissement.

b) *Eléments de nouvelle formation*

Enfin, au niveau des compartiments cloisonnés, le microscope révéle la présence de foyers épars de cellules inflammatoires, formant de véritables collerettes soit autour des vaisseaux (péri-vasculite) soit autour des acini et des canaux excréteurs subsistants (péri-adénite). Deci, delà, elles constituent des amas, des nodules. En aucun endroit on ne trouve trace d'éléments en voie de caséification.

Le diagnostic que l'on peut donc porter est celui : d'adénite péri-acineuse avec prédominance de tissu fibreux dense réactionnel.

Etudions ces mêmes éléments en fort grossissement : (oculaire 2, objectif 7).

c) *Éléments glandulaires*

Les acini normaux sont constitués de cellules cubiques à noyaux basal, à protoplasma d'apparence réticulaire dont la superficielle est encombrée de vacuoles (produit de sécrétion). A la base on recon-

naît des cellules myo-épithéliales en panier décrites par Boll.

Quelques lymphocytes et mononucléés encombrent la lumière des tubes ou se sont insinués entre l'épithélium secréteur.

Les canaux excréteurs qui n'ont subi aucune altération sont rares. On y reconnaît les cellules cylindriques rangées excentriquement à la lumière du conduit.

Partout ailleurs les éléments nobles de la glande ont disparu ou sont en voie d'atrophie : quelques débris d'acini sont visibles dans lesquels le protoplasma cellulaire est en voie de dégénérescence avancée.

Les cellules qui persistent sont tassées les unes contre les autres par le tissus inflammatoire périacineux, la lumière du tube disparaît.

Cette atrophie est en beaucoup d'endroits, telle qu'on ne rencontre plus trace d'éléments glandulaires différenciés et qu'il est impossible de reconnaître le structure de la glande lacrymale.

2° Tissu conjonctif

Le tissu conjonctif qui emplit les logettes présente les caractéres du tissu muqueux (a, a, fig. I et II). Il est formé d'un réticulum à larges mailles et les cellules conjonctives contiennent un noyau pâle à protoplasma faiblement coloré (b, fig. I). Ces zônes sont plus étendues à mesure que l'on s'avance vers

le centre de la tumeur et il est à présumer que ce tissu conjonctif jeune se transforme, vers les couches superficielles, en tissu fibreux dense.

3° Eléments de nouvelle formation

Le tissu conjonctif jeune est parsemé d'une infinité de cellules de nouvelle formation, constituées par des lymphocytes et des mononucléaires (b, fig. II). Ces cellules inflammatoires se groupent de préférence en amas autour des éléments glandulaires qui sont encore visibles et autour des vaisseaux normaux ou anormaux. Par endroits même elles forment de petits nodules (c, fig. II), tellement, leur nombre est considérable, surtout autour des lumières vasculaires.

Les vaisseaux sont d'ailleurs fort nombreux, gorgés de globules rouges, les uns à parois constitués normalement (d, fig. II) les autres à parois formés d'un simple endothélium (e, fig. II).

On trouve tous les stades, depuis le petit lymphocyte à gros noyaux coloré fortement par les réactifs et occupant la presque totalité du corps cellulaire jusqu'au mononucléaire de grande taille à noyau pâle et segmenté.

Les préparations renferment enfin des follicules, qui rappellent les follicules tuberculeux classiques. La figure I en reproduit un spécimen on y voit une couronne de cellules tassées les unes contre les autres formant une sorte de fer à cheval. Les éléments en sont volumineux à noyaux très colorés, ils ont une

analogie étroite avec les cellules épithélioïdes. Le centre du follicule est comblé par un tissu conjonctif jeune à rares cellules (a) on y rencontre des cellules géantes plus ou moins typiques (d, e, fig. II et III) avec autour quelques éléments lymphocytaires (f. figure I).

Ce sont ces follicules qui nous ont conduits et mis sur la voie du diagnostic et nous ont poussé à pratiquer l'inoculation au cobaye, dont le résultat positif a confirmé la nature tuberculeuse de cette lésion inflammatoire.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une tuméfaction de l'angle supéro-externe de l'orbite, les deux questions que le clinicien doit se poser sont :

1° S'agit-il d'une lésion de la glande lacrymale ?

2° Dans cette affirmative quelle est cette lésion ?

Peut-on faire cliniquement le diagnostic de la dacryo-adénite tuberculeuse de forme atténuée ?

Nous allons envisager successivement l'une et l'autre de ces deux questions.

Diagnostic différentiel

On peut, en effet, confondre les tumeurs de la glande lacrymale avec :

1° Le kyste dermoïde de la queue du sourcil.

2° Le kyste sébacé de la même région.

3° Les ostéo-périostites orbitaires.

4° Les tumeurs de la cavité orbitaire.

1° Le kyste dermoïde de la queue du sourcil est en général facile à reconnaître.

Son siège habituel, son independance vis-à-vis des téguments, son adhérence aux plans profonds, son évolution lente durant plusieurs années, mettent rapidement sur la voie. Les mêmes caractères se retrouvent pour les kystes dermoïdes qui s'insèrent sur le rebord orbitaire ou légèrement sur la face inférieure et qui pourrait prêter à confusion.

Ils sont presque toujours adhérents à ce rebord orbitaire et proviennent très rarement de la cavité osseuse.

2° Le kyste sébacé est, lui, fluctuent ou tout au moins résistant, il fait corps avec les téguments et est mobile sur les plans sous-jacents

3° Les ostéo-périostite à forme subaigüe ou chronique, celles qui surviennent au cours de la syphilis, de la tuberculose, de l'actinomycose des sinusites chroniques (hypertrophie fronto-orbitaire de Rollet) sont diagnostiquées à la palpation qui révèle l'immobilité de la néoplasie, son contact intime avec la paroi infero-externe de l'orbite. Elles s'accompagnent d'ailleurs de phénomènes inflammatoires plus ou moins accusés, et, au cours de leur développement, se propagent vers l'entonnoir musculaire, comprimant les nerfs sensitifs et moteurs, en lésant diversement les corps musculaires et en retentissant secondairement sur le nerf optique.

Rien de semblable, nous l'avons vu dans les chapitres précédents, ne s'observe au cours de l'évolu-

tion de la tuberculose atténuée de la glande lacrymale.

Le diagnostic différentiel est également simple entre cette affection et les tumeurs de l'orbite en général. Qu'il s'agisse de kystes congénitaux ou acquis, de tumeurs vasculaires pulsatiles ou non pulsatiles, de tumeurs bénignes ou malignes (ostéomies, ostéo-sarcômes, lymphangiomes, lymphadénomes, sarcômes, fibrômes, épithéliomes), les tumeurs orbitaires s'accompagnent de signes précis qui éveillent immédiatement l'attention.

On constate surtout des symptômes de déplacement et d'immobilité du globe oculaire. Ces troubles dépendent de lésions paralytiques dues à l'atteinte des nerfs moteurs, et de lésions mécanique relevant de l'altération directe des muscles et du refoulement en avant du globe. Les troubles sensitifs sont précoces et en rapport avec le siège du néoplasme.

La pupille et l'accommodation sont souvent paralysées par lésion de la III[e] paire.

Les troubles visuels et la kératite neuro-paralytique peuvent survenir à la période terminale.

Le siège de la tumeur, son développement vers l'extérieur et vers le sommet de l'orbite, en dehors de l'entonnoir musculaire, *son encapsulement* qui limite l'extension à la seule loge lacrymale, la mobilité par rapport aux organes voisins, la réductibilité partielle enfin, sont des signes qui permettent de localiser à la glande lacrymale orbitaire le siège de la lésion.

Diagnostic étiologique

Beaucoup plus ardu est de résoudre, cliniquement du moins, le problème de la nature de cette lésion.

S'agit-il d'une tumeur au sens propre du mot, c'est-à-dire d'un néoplasme bénin ou malin, ou d'une néoplasie inflammatoire chronique, comme il nous est permis d'envisager la dacryo-adénite tuberculeuse ?

Les tumeurs malignes de la glande lacrymale sont rares. On a publié des cas d'épithéliomes (Chandelux, Dianoux, Fromaget) de carcinôme encéphaloïde (Mackenzie, Jennings, Hænhle, Büller) et squirrheux (Tood, Lawrence). Le sarcôme et ses variétés paraît la forme la plus fréquente.

Alexander, Harlan, Bock, Adler, Guilini, Power, Sgrosso, Coppez, ont décrit le sarcôme pur, Bullard l'adéno-sarcôme, Wegelin l'enchondro-sarcôme, Liéto-Vollaro, Wells, Gendron, le lympho-sarcôme.

Les néoplasmes à structure complexe, mixte, ont été étudiés par Fromaget, Zelucka, Werner (sarco-myxo-fibrôme), de Lapersonne (myxo-enchondrôme), Rogman (cylindrôme). Les tumeurs se caractérisent presque toujours par un développement rapide : encapsulées au début, elles ne tardent pas à dépasser la loge lacrymale et à se propager dans les tissus environnants. Leur ablation complète n'empêche pas l'apparition de fréquentes récidives qui assombrissent le pronostic quoad vitam.

Il est cependant quelques variétés dont l'évolution est relativement lente, progressive, et qui peuvent en imposer pour une dacryo-adénite tuberculeuse chronique.

Le seul examen anatomo-pathologique est alors capable de dévoiler au clinicien la nature de l'affection et de lui montrer s'il s'agit d'un adénôme simple (Alt, Huler, Socor, Snell, Goldzieher, Piazza), d'un adénôme à dégénérescence cancroïde (Magga), d'un adéno-enchondrôme (Tigos), d'un adéno-fibrôme (Grünwald), enfin d'une hypertrophie simple de la glande.

Nous abordons ici un des points les plus délicats de l'étude de la tuberculose atténuée glandulaire. Car qu'il s'agisse de cette affection ou de l'hyperplasie banale de la glande lacrymale, la symptomatogie, l'évolution sont identiques dans les deux cas ; aucun signe différentiel ne peut mettre sur la voie, si ce ne sont les antécédents bacillaires antérieurs du sujet, le laboratoire, par contre, permet de lever toute hésitation, mais il faut, pour obtenir ce résultat, procéder à l'extirpation systématique de l'organe intéressé. Nous avons vu en effet, que les anammestiques eux-mêmes sont bien souvent insuffisants, et que l'affection survient sur des personnes en apparence indemnes de toute tare tuberculeuse, susceptible d'aiguiller dans cette voie le diagnostic en suspens.

La difficulté est même beaucoup plus compliquée, et, quand nous disons : « Le laboratoire seul nous permet de lever toute hésitation » nous nous em-

pressons d'ajouter : « dans la grande majorité des faits ».

Car l'hypertrophie banale, simple de la glande lacrymale, ressemble à s'y méprendre à la tuberculose atténuée de cette même glande, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Voici quelques observations qui nous permettrons de mieux préciser notre pensée :

Power cite le cas d'un jeune homme de 19 ans atteint de gonflement des deux glandes remontant à six mois. Il pratique l'ablation de l'une d'elles qui montra « l'hypertrophie banale du tissu interstitiel. »

Frost a publié un exemple analogue. La maladie durant depuis 9 mois.

Coppez signale une dacryo-adénite qu'il qualifie de sclérosante chez un homme de 65 ans, tumeur unilatérale mobile, dure, bosselée avec excellent état général. Le traitement hydrargyrique n'a pas donné de résultats.

Ablation de la totalité de la néoplasie dans la capsule. L'examen histologique montre que les acini sont atrophiés, séparés par de larges bandes de tissu fibreux. De plus il y a infiltration de petites cellules qui écrasent les éléments glandulaires. Les vaisseaux sont dilatés et entourés d'un manchon de cellules. Cette périvasculite se propage même hors de la glande et les vaisseaux orbitaires voisins présentent la même altération.

Krudener, à son tour, en rapporte deux observations.

La première concerne un paysan vigoureux de 31 ans. La glande lacrymale gauche a grossi depuis 6 mois sans fièvre, ni douleur. La tumeur est dure, non douloureuse, non mobile. Pas d'altérations des glandes salivaires, ni des testicules, pas de trachôme, ni de syphilis.

L'extirpation est pratiquée dans l'hypothèse d'une tumeur maligne. La glande est de la grosseur d'un marron. Au-dessous d'une mince capsule, on trouve des éléments glandulaires peu altérés. Mais dans la profondeur, apparaît une énorme infiltration péricellulaire qui comprime les acini.

Les canaux excréteurs sont peu altérés relativement. Il n'y a pas de bactéries.

Le deuxième cas a trait à un homme de 45 ans porteur d'une forme subaigüe avec légères douleurs.

Même structure histologique.

Ces quelques cas ne nous offrent-ils pas un tableau évolutif identique à celui que revêt habituellement la tuberculose atténuée de la glande lacrymale.

Même début insidieux sans cause apparente appréciable, même lenteur dans le développement sans réaction inflammatoire, sans phénomènes douloureux, même consistance, même indépendance de la néoplasie par rapports aux tissus environnants ; que le point de départ soit dans une localisation syphilitique, ou dans une altération bacillaire, qu'il soit sous la dépendance d'un processus inconnu, nous nous trouvons en présence d'une réaction fibreuse identique du tissu interstitiel glandulaire, et d'une abondante infiltration de cellules périvasculaires.

Comment dès lors asseoir un diagnostic ferme sans procéder à l'étude histologique après ablation de l'organe atteint ?

Ne ressort-il pas de tout ce que nous venons de dire que le laboratoire lui-même est souvent impuissant à nous donner la véritable solution du problème.

La structure de la dacryo-adénite tuberculeuse est dans bien des cas, en effet, semblable à celle de l'hyperplasie inflammatoire chronique. Nous y retrouvons cette dureté à la coupe caractéristique de la prédominance de tissu connectif dont les larges bandes sillonnnent en tous sens, le stroma glandulaire, entourant et isolant les acini, les détruisant au point de ne laisser subsister que quelques culs de sac que l'on reconnaît deci, delà, avec peine dans les préparations. Les lymphocytes, les mono et les polynucléaires envahissant les vaisseaux sous forme d'épais manchons. Les foyers inflammatoires, surtout localisés autour des artères et des veines, voient leur extension enrayée, dans l'une et l'autre affection, par les tractus scléreux de néoformation qui donnent à ces dacryo-adénites leur allure relativement bénigne et font qu'elles aboutissent presque toujours à l'enkystement, à la regression spontanée.

La présence de follicules et de cellules géantes permet-elle d'envisager l'étiologie tuberculeuse ! Si le follicule est bien classique avec ses rangées de cellules épithélioïdes, ses cellules géantes typiques, on peut assurément songer à un tel diagnostic. Dans notre exemple nous prîmes d'abord la tumeur pour

un fibrôme ou un adéno-fibrôme vulgaire. Mais l'existence des éléments qu'on a coutume d'observer dans les lésions bacillaires nous met sur la voie de la véritable étiologie ; elle nous incite à rechercher sur les coupes de bacille de Koch et à procéder à l'inoculation d'un cobaye à l'aide d'un fragment prélevé au moment de l'intervention.

Nous avons vu plus haut, combien de Lapersonne, après avoir publié son observation, insiste sur la difficulté qu'il y a à se prononcer dans un sens ou dans l'autre sans avoir recours au laboratoire. Nous savons en effet que la cellule géante tend de moins en moins à être considérée comme spécifique d'une lésion tuberculeuse et qu'elle peut s'observer au cours d'affections à évolution subaigüe ou chronique (le chalazion par exemple) si bien qu'elle pourrait être le résultat d'un processus défensif commun aux réactions chroniques des tissus contre une infection, dont la tuberculose est un des types les plus démonstratifs.

Si donc, le follicule atypique formé de cellules épithélioïdes peu nettes, avec de rares cellules géantes, la dégénérescence caséeuse à peine indiquée ou absente (qui révèle le peu de virulence de l'agent causal), ne permettent pas parfois d'affermir l'opinion du clinicien et d'opter soit pour la dacryoadénite tuberculeuse de Van Duyse, soit pour l'hyperplasie sclérosante syphilitique ou de toute autre nature, la constatation du bacille de Koch lève par contre toute hésitation. Cette constatation est malheureusement exceptionnelle. Müller est un des

rares auteurs qui aient eu le privilège de le mettre en évidence ; car, même dans les observations où le diagnostic semblait s'imposer (Achard et Leblanc, Salzer) ces recherches ont été négatives. Il en fut de même dans notre exemple personnel.

Reste donc un seul moyen de trancher la question d'une façon absolue, c'est de procéder à l'inoculation au cobaye. De Lapersonne se propose, dans son article, de ne plus négliger ce puissant facteur de contrôle, si pareil fait se présente encore à lui. La remarque est la même de la part d'Achard et de Leblanc, qui, chez le cobaye ensemencé, trouvèrent au bout de six semaines, quelques granulations tuberculeuses typiques au niveau de la rate et purent ainsi éliminer l'hypothèse d'une pseudo tuberculose sclérosante de la glande lacrymale.

Nous rappelons également que grâce à la présence d'une granulation péritonéale indubitable, survenue 8 semaines après l'injection au cobaye, nous avons pu nous-même affirmer la nature bacillaire de la lésion glandulaire que l'aspect histologique des coupes nous avait fait entrevoir. Le laboratoire nous apprenait également que le bacille de Koch revêt une virulence extrêmement atténuée, superposable à l'évolution si spéciale de la lésion (forme sclérosante n'aboutissant presque jamais à la caséification) puisque l'animal inoculé vivait encore 2 mois 1/2 après, et qu'il nous a fallu le sacrifier pour nous rendre compte des effets de cette inoculation expérimentale.

CHAPITRE V

TRAITEMEMT

Il résulte de ce que nous venons de dire, qu'il est presque impossible de poser cliniquement le diagnostic de tuberculose atténuée de la glande lacrymale, sans avoir recours à l'extirpation pure et simple de la néoformation glandulaire.

Avant d'intervenir, une méthode expectative s'impose cependant. Il convient en effet de songer à l'étiologie syphilitique et d'instituer au moins pendant plusieurs jours, un traitement spécifique intensif, que les anamnestiques soient ou non probants, et les recherches de laboratoire (Réaction de Wassermann, en particulier) positives ou négatives. Lorsque le mercure et ses composés, l'iodure de potassium et ses dérivés n'ont donné aucun résultat, même comme médication résolutive, *attendre* est encore préférable, puisque la bégninité relative de l'affection ne force pas la main du clinicien.

Il faut toujours avoir bien à l'esprit ce caractère bien spécial de la dacryo-adénite tuberculeuse, mis

en évidence par l'étude que nous venons d'entreprendre, à savoir que : la *regression spontanée s'observe quelques fois.*

Nous pourrions rappeler ici les cas de guérison progressive publiés par Van Duyse et Plitt, en particulier. Comme la tumeur n'atteint jamais un volume considérable capable d'entraîner une déformation apparente de la région, comme elle ne comprime pas les organes qui l'entourent, on peut patienter quelques mois, si le sujet n'exprime pas le désir d'être débarrassé au plus vite de cette lésion qu'il redoute dangereuse.

Mais pour justifier une pareille attente, il faudrait être certain du diagnostic posé. Or, dans la plupart des cas — et, la bibliographie est d'une éloquence qui retient l'attention, ceux qui se sont trouvés en présence d'une tuberculose atténuée de la glande lacrymale ont ignoré ou soupçonné seulement la véritable nature de l'affection.

Presque tous ont cru, comme nous-mêmes à un néoplasme bénin ou malin, mais néoplasme égale extirpation rapide. Aucun d'eux n'a pris l'expectative comme règle de conduite, craignant une extension secondaire capable d'aggraver singulièrement le pronostic. De Wecker, d'accord avec Hynes et Walton, va jusqu'à négliger la médication résolutive que nous indiquions il y a un instant et prône l'intervention radicale.

Quelle est donc cette intervention à laquelle on doit avoir recours ? C'est celle de l'ablation de la glande lacrymale elle-même, car nous savons que la

dacryo-adénite tuberculeuse, demeure encapsulée durant tout le cours de son évolution et ne dépasse jamais les limites de la loge lacrymale.

L'opération est des plus facile à réaliser et des plus bénignes dans ses conséquences ; aucune complication n'est à redouter.

On peut utiliser l'anesthésie locale. Après avoir injecté une solution de novocaïne à 1 % à raison de cinq à six centimètres cubes, au niveau des téguments et dans la profondeur de l'entonnoir orbitaire, à l'aide d'une seringue de Pravaz munie d'une d'une longue aiguille, qui puisse suivre le plafond de l'orbite, on fait une incision de la peau et des tissus sous-cutanés jusqu'au périoste. Cette incision doit s'étendre depuis le tiers externe du sourcil jusqu'à l'angle orbitaire externe. On rencontre de suite le rebord osseux qui guide le chirurgien dans la bonne voie, la loge lacrymale étant immédiatement au-dessous.

On sectionne alors le septum orbitale en ayant grand soin de se tenir sur le côté externe du muscle releveur palpébral, et l'on tombe sur la glande lacrymale.

Il suffit de circonscrire la tumeur à l'aide du doigt ou d'une sonde canelée, de l'isoler d'une manière complète et de procéder à son ablation hors de l'orbite, ablation qui s'effectue avec la plus grande facilité, par suite de l'absence de toute adhérence, sauf dans les cas où existait de la péri-adénite (Abadie).

L'hémorragie est nulle ; on peut passer un petit drain pendant 24 heures dans la cavité opératoire.

Si l'asepsie a été parfaite il suffit de deux à trois points de suture superficiels pour obtenir la réunion par première intention et la cicatrisation rapide en trois ou quatre jours.

Il n'y a presque jamais de récidive d'après les auteurs et les observations publiées. Notons cependant pour mémoire le cas de Muller qui parle de récidive un mois après l'ablation de la glande. (Observation II).

CONCLUSIONS

1° La tuberculose de la glande lacrymale est une affection très rare qui peut revêtir deux formes cliniques :

a) *la forme caséeuse* (exceptionnelle) ;

b) *la forme scléreuse* (la plus habituellement observée).

2° Elle survient chez des individus tuberculeux avérés, ou chez des personnes, jeunes ou adultes, en apparence indemnes de toute tare bacillaire.

3° L'infection glandulaire est d'origine hématogéne. Elle est donc cliniquement secondaire, soit à lésion tuberculeuse évidente, soit à un foyer profond méconnu (ganglions médiastinaux par exemple).

4° Elle affecte une allure atténuée, peu virulente, anatomo-pathologiquement elle est caractérisée par une infiltration de cellules inflammatoires périvasculaires et périacineuses, avec prédominance de cellules géantes typiques ou atypiques. Le tissu fibreux, sclérosant prédomine formant barrière à l'infection et la limitant en petits ilots circonscrits au milieu desquels on reconnaît les acini normaux ou détruits.

On note l'absence presque constante du bacille de Koch.

5° La tuberculose atténuée de la glande lacrymale se présente sous l'aspect d'une tumeur dure, à surface légèrement bosselée, lobule, mobile, indolore, évoluant avec lenteur et pouvant regresser spontanément. Elle est unie ou bilatérale.

6° Le pronostic local est bénin par suite des particularités de la structure tumorale ; le pronostic général dépend de la tuberculinisation du sujet qui en est porteur.

7° L'affection peut être confondue avec les tumeurs glandulaires bénignes (adénômes, adéno-fibrômes) et surtout avec l'hypertrophie simple chronique (dacryo-adénite sclérosante) qui est analogue au point de vue constitution histologique. Le diagnostic ne peut être établi que par l'inoculation expérimentale au cobaye.

8° L'attitude peut être expectante par suite de la régression spontanée toujours possible.

Le seul traitement rationnel est l'extirpation pure et simple de la néoplasie.

Vu :

Nancy, le 7 février 1920.

Le Président de la Thèse,
ROHMER.

Vu :

Nancy, le 10 février 1920.

Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 12 février 1920.

Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Dacryo-adénite tuberculeuse (*Archives d'Ophtalmologie*, tome I, 1881).

Achard et Leblanc. — Dacryo-adénite tuberculeuse (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, août 1918).

Anderson. — Edimb. Monthly. (*Journ. Of. Méd. Sc., Annales d'Oculistique*, tome XIX, p. 243, 1848).

Baas. — Tuberkülose der Tranendrüse (*Arch. f. Augenheilk*, tome XXIII, p. 41, 1894).

Becker. — Rapport sur la Clinique de l'Université de Vienne, 1867.

Brides. — (*A Case Of Dacryops Opht. Rew*, London, 1914, pp. 99-101.

Coppez. — Cinq cas de tumeurs et pseudo-tumeurs de la glande lacrymale (*Arch. d'Ophtalmologie*, 1903).

Dehenne. — Trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale (*Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1886, p. 145).

Douvier. — Tuberculose palpébrale (*Thèse de Lyon*, 1909).

De Lapersonne. — Tuberculose probable de la glande lacrymale (*Archives d'Ophtalmologie*, 1892).

Fahrenholz. — Tuberkülose der Tranendrüse Inaug — Dissert — Sèna, 1903.

Fano. — (*Gazette des Hôpitaux*, nº 133. 1862).

Fortunati. — Sulla tuberculosi della glandole lacrymalé (*Annali di Ottalmologia*, 1904).

Fleischer. — Dacryo-adénite tuberculeuse (*Klin. Monatsbl f. Aùgenk*, 1901, p. 390).

Gœrlitz. — Ueber Dacryoadénitis und Dacryops (*Klin Monatsbl. f. Augenk*, Sttugard 1908, pp. 406-426).

Hænhle. — Deux cas de tumeur de la glande lacrymale (Maison de Santé Ophtalmologique de Stuttgard, 1900).

Hàlpin. — (*Annales d'Oculistique*, tome XIX, p. 159).

Jaulin. — Sur la tuberculose de la glande lacrymale (*Thèse de Paris*, 1894).

Jessop. — Tuberc of the lacrymal gland. (Saint. Barthol. Hop. Reports., 1900).

Kalt. — Tuberculose de la glande lacrymale (*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, tome VIII, p. 333).

Lagrange. — (*Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite*, tome II).

Letenneur. — (*Gazette des Hôpitaux*, nº 147, 1865).

Lodato. — Tuberc. primariâ della glandole lacrymale (*Annali di Ottalm.*, IV, 1897).

Mackenzie. — A practical treatise on diseases of the eye, Boston, 1833.

Muller. — Tuberkülose der Tranendrüse (*Beitrage zùr Chirurgic Billroth Festschrift*, 1893, p. 144).

Plitt. — Tuberkülose der Tranendrüse (*Klin Monatsbl. f. Augenh.* suppl. 43, 1905).

Panas. — (*Traité d'Ophtalmologie*, 1894).

Panse. — Deux cas de tumeurs des glandes lacrymales (Maison de Santé de Stuttgard, 1901).

Salzer. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Tuberculose der Tranendrüse (*Graefs Archiv*, 40-5).

Sourdille. — Tumeurs Kystiques bénignes de la glande lacrymale (Société Française d'Ophtalmologie, 1899).

Susskind. — Klin und anato. Bertrag. zur Tuberculose der Tranendrüse (*Archiv. f. Augenheilk* 1897).

Tood. — Rapports de l'hôpital de Dublin, traduits par Mannoir, 1824.

Thomson. — (*Ou daeryops Ophtalmoscope London* 1911 p. 396).

Van Duyse. — Tuberculose atténuée des glandes lacrymales (*Archives d'Ophtalmologie*, 1896).

Warlomont. — (*Annales d'Oculistique*, tome XLVIII, p. 33, 1862.

De Wecker. — Affection de la glande lacrymale (*Traité pratique des Maladies des Yeux*, tome I, p. 848).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 5

Introduction 9
Définition 9
Historique 11

Chapitre premier 17
Étiologie 17
Pathogénie 19

Chapitre II 25
Observations 25
Observation personnelle 39
Symptomatologie 42
Evolution et pronostic 46

Chapitre III 49
Anatomie pathologique 49
Observations (Examens histologiques) 60

Chapitre IV 67
Diagnostic 67
1° Diagnostic différentiel 67
2° Diagnostic étiologique 70

Chapitre V 77
Traitement 77

Conclusions 81

Bibliographie 85

Pages

PLANCHES :

1° Aspect général des paupières, dans un cas de tuberculose atténuée de la glande lacrymale . . . 40
2° Follicule tuberculeux 49
3° Tissu inflammatoire 56
4° Autre planche. 57

Nancy. — Anc. Imprimerie VAGNER, rue du Manège, 3.